



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**TEMA:** Evaluación del Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año del  
Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona  
Provincia de Napo

**AUTOR:** LORENA LÓPEZ

**DIRECTOR:** DRA YU LING REASCOS PAREDES

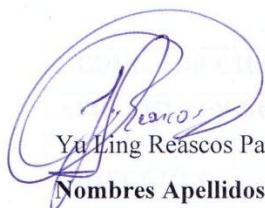
**IBARRA-ECUADOR**

**Octubre - 2017**

### APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Dra. Yu Ling Reascos en calidad de tutor de la tesis titulada: Evaluación Del Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona Provincia de Napo, de autoría de López Reyes Sandra Lorena. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

Atentamente.



Yu Ling Reascos Paredes

**Nombres Apellidos**

**C.I:**100227415-5

**Tutora de Tesis**

#### DATOS DE CONTACTO

Celular: 1004375244

Correo: López Reyes Sandra Lorena

San Antonio

laurajoy2047@gmail.com

Teléfono fijo y móvil: 0996477360



## **AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

### **1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
<b>CEDULA DE CIUDADANÍA:</b>	1004325864
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	López Reyes Sandra Lorena
<b>DIRECCIÓN:</b>	San Antonio
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:lsandra2007@hotmail.com">lsandra2007@hotmail.com</a>
<b>TELÉFONO FIJO Y MÓVIL:</b>	0996477260


## 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Sandra Lorena López Reyes con cédula Nro. 1004325864 en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.


## 3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

### EL AUTOR:

Firma   
Sandra Lorena López reyes  
NOMBRES Y APELLIDOS  
C.C: 1004325864

### ACEPTACIÓN:

Firma   
Ing. Betty Chávez  
JEFE DE BIBLIOTECA



Facultado por resolución de Consejo Universitario

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A  
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, Sandra Lorena López Reyes con cédula nro. 1004325864, expreso mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado; Evaluación Del Desarrollo Psicomotor en niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona Provincia de Napo; que ha sido desarrollado para optar por el título de Licenciada en Enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. Suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

**EL AUTOR:**

Firma

Sandra Lorena López Reyes

NOMBRE Y APELLIDO

C.C:100432586-4

## **DEDICATORIA**

Esta tesis está dedicada con todo mi cariño primero al creador de todo a Dios quien me dio valor para enfrentarme con las adversidades que se me presentaban con su presencia jamás perdí mi dignidad ni desfallecí en el intento.

A mi hija quien se convirtió en el motor que me impulsa y me obliga a seguir hacia adelante.

A mis padres Jorge López y Catalina Reyes por su entrega, sacrificio y esfuerzo dándome una carrera para mi futuro porque creyeron en mis capacidades, hemos pasado momentos difíciles y aun así siempre me brindaron su amor, su cariño y la calidez de una familia a la cual amo.

De manera especial a mi hermana Fernanda ya que ella fue quien cimento en mi vida las bases de responsabilidad y deseos de superación y así construir mi vida profesional.

A mis hermanos por su compañía y apoyo incondicional.

Al padre de mi hija por sus palabras de apoyo y su confianza en mí, por su amor y por brindarme mi espacio y el tiempo necesario para realizarme profesionalmente.

A mis tíos y más familiares que en todo momento me brindaban su apoyo y sus consejos llenos de sabiduría para que siguiera hasta llegar a la meta.

A mis amigos y compañeros ausentes y presentes quienes voluntariamente compartieron conmigo sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas las personas que estuvieron junto a mí apoyándome, por uds. mi sueño hoy se hace realidad.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer en primer lugar a la Universidad Técnica del Norte por haberme abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que me brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco a mi asesora de Tesis Doc. Yu Ling Reascos Paredes por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así como también a las Msc. Andrea Huaca por guiarme durante el desarrollo de la tesis.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPITULO I.....	1
1. El problema de la investigación .....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema .....	3
1.3 Justificación .....	3
1.4 Objetivos.....	5
1.5 Preguntas de Investigación .....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Marco referencial .....	7
2.2. Marco contextual .....	9
2.3. Marco legal y ético .....	29
CAPITULO III.....	34
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
3.1. Líneas de investigación.....	34
3.2. Diseño de la investigación .....	34
3.3. Tipo de la investigación.....	35
3.4. Localización y ubicación del estudio.....	35
3.5. Población .....	36
3.6. Muestra .....	36
3.7. Operacionalización de variable.....	36
3.8. Análisis de datos .....	42
3.9. Métodos de investigación .....	42



3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	43
CAPITULO IV.....	45
4. Resultados .....	45
Tabla 1. Edad - Genero.....	45
4.1. Conclusiones.....	54
4.2. Recomendaciones .....	55
Anexos .....	60

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Edad - Genero .....	45
Tabla N° 2 Etnia .....	46
Tabla N° 3 Desarrollo psicomotor.....	47
Tabla N° 4 Talla .....	48
Tabla N° 5 Peso .....	49
Tabla N° 6 Estado nutricional con relación al percentil peso y talla.....	50
Tabla N° 7 Desarrollo psicomotor y estado nutricional .....	51
Tabla N° 8 Tipo de estimulación psicomotriz relacionada con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor.....	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad - Genero .....	45
Gráfico N° 2 Etnia .....	46
Gráfico N° 3 Desarrollo psicomotor .....	47
Gráfico N° 4 Talla .....	48
Gráfico N° 5 Peso .....	49
Gráfico N° 6 Estado nutricional con relación al percentil peso y talla .....	50
Gráfico N° 7 Desarrollo psicomotor y estado nutricional .....	51
Gráfico N° 8 Tipo de estimulación psicomotriz relacionada con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor.....	52

**TEMA:**  
**EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES  
DE UN AÑO DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR CARITAS DE  
ÁNGEL DEL CANTÓN ARCHIDONA PROVINCIA DE NAPO**

**AUTOR:** Sandra Lorena López Reyes

**TEMA DE LA INVESTIGACIÓN:** Evaluación del desarrollo psicomotor de los niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel Cantón Archidona

**TUTORA DE TESIS:** Doc. Yu Ling Reascos

**AUTHOR:** LORENA LÓPEZ

**CORREO:** lsandra2007@hotmail.com

## **RESUMEN**

El desarrollo psicomotor en los niños menores de un año se ha vuelto una problemática en Salud Pública por la evidente falta de estimulación, así como la mala nutrición que produce dificultad en el desarrollo de los infantes. El objetivo de la investigación fue describir las características del desarrollo psicomotor en los niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel (CIBV) de la provincia de Napo, Cantón Archidona, en el año 2017. Es un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, no experimental; se recolectó información mediante la aplicación de la escala de desarrollo psicomotor (EEDP) y los parámetros de crecimiento del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Como resultado se obtuvo que en el centro infantil, la mayoría son hombres e indígenas, con problemas de mal nutrición en el 17% de los niños, el 8% tienen talla baja, y el 42% presentan riesgo en su desarrollo; así también la mayoría de ellos presentaron estimulación psicomotriz inadecuada. Se concluye que los niños menores de un año evaluados presentan problemas de nutrición, desarrollo psicomotor y una deficiente estimulación psicomotora; datos que pueden apoyar a implementar políticas nacionales adecuadas para mejorar el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo de los niños en centros infantiles a nivel del país.

**Palabras claves:** desarrollo, niños, estimulación, mal nutrición.

**THEME OF RESEARCH:** Evaluation of Psychomotor Development in children under one year of the Children's Center of the Good Life Caritas Angel of the Canton Archidona Province of Napo

**TUTORA DE TESIS:** Doc. Yu Ling Reascos

**AUTHOR:** Lorena López

**CORREO:** lsandra2007@hotmail.com

### **ABSTRACT**

Psychomotor development in children under one year has become a problem in Public Health since the evident lack of stimulation in children as well as poor nutrition makes it difficult to develop because it requires the active participation of different factors that can favor or hinder the proper development of the child in the environment that surrounds him that is why the present research was aimed at evaluating the psychomotor development of children under one year and their perinatal perimeters, as well as being able to analyze whether parents have knowledge about early stimulation, a study conducted in children under 1 year of the Children's Center of Buen Live Caritas de Ángel (CIBV) of the province of Napo canton Archidona. This research is quantitative-descriptive in nature; the information was obtained through surveys, observation and the application of the psychomotor development scale (EEDP) and WHO growth parameters; to analyze the information obtained, statistical analysis was performed. As a result we found that the children are indigenous, speak mostly Kichwa language, although they are healthy it was observed that half of the population has a risk development coefficient, and half of them are associated with perinatal changes related to weight ; their caregivers do not know about early stimulation and have not performed any type of exercise for psychomotor development. It is concluded that good nutrition such as early stimulation in children is important to improve their development and growth, it is necessary to promote training for parents and educators and implement nutritional and psychomotor development policies to ensure the growth of children.

**Key words:** psychomotor development, underweight, overweight, stimulatio

# **CAPITULO I**

## **1. El problema de la investigación**

### **1.1 Planteamiento del problema**

El desarrollo psicomotor es un proceso evolutivo, multidimensional e integral mediante el cual el individuo va adquiriendo progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas; el niño no nace con la capacidad del pensamiento madura es sino que en los primeros años de vida se sumerge en un proceso de aprendizaje permanente influido por una serie de factores ambientales (1).

El primer año es una etapa caracterizada por grandes cambios como el crecimiento, diferenciación, adquisición y perfeccionamiento de funciones, incluidas las sociales y motoras. Es por ello que la acción de factores biológicos y sociales pueden alterar el desarrollo e incluso retrasarlo (2).

La detección de alteraciones del desarrollo psicomotor incluyendo los retrasos psicomotores simples ofrece la posibilidad de una intervención temprana y un tratamiento oportuno, lo cual permite corregir dichas alteraciones y atenuar otras siendo los grandes beneficiados la familia y la sociedad (3).

Un estudio realizado por la UNICEF en el año 2005 en 18 países, reveló que el promedio conglomerado de niños y niñas con retraso en el Desarrollo Psicomotor es del 23% pero existen grandes variaciones entre los países, desde el 2% en Uzbekistán al 35% en Djibouti (4).

En Estados Unidos aproximadamente el 15-18% de los niños en tienen una alteración del desarrollo psicomotor, así lo confirma un estudio de corte longitudinal realizado en una gran muestra poblacional en los Estados Unidos que demostró que el 13% de los niños tuvo retrasos en el desarrollo psicomotor (5) .

Es así que en Ecuador también se puede observar una investigación realizada en el año 2009 en niños de 0 a 5 años, que determinó que el 11,4% de los niños evaluados tuvieron retraso del desarrollo psicomotor; de los cuales, el 5% tuvo discapacidad (6).

Los problemas del desarrollo psicomotor pueden interferir directamente a nivel de la integración neuronal del cerebro, afectándose las habilidades y destrezas del niño aumentando de esta manera los riesgos en que se vería inmerso el infante, de ahí es importante intervenir mediante evaluaciones del desarrollo psicomotor para prevenir problemas en el retraso de su desarrollo y crecimiento (7).

Existe suficiente evidencia para demostrar que esta forma de abordar el problema es una estrategia altamente costo efectiva. Es por ello que diversas sociedades científicas de países desarrollados, como la Academia Americana de Pediatría, recomiendan llevar a cabo vigilancia sistemática del desarrollo psicomotriz en todos los controles de salud infantil, por medio de la aplicación de pruebas estandarizadas y validadas (8).

Frente a esta emergente realidad de salud, el control del niño sano ha retomado su preponderancia como actividad central de la atención y por supuesto aquí se encuentra la supervisión del desarrollo psicomotor. La evaluación de los retrasos del desarrollo psicomotor o signos de riesgo que sean encontrados deben ser hallazgos relevantes y requieren ser tratados durante la atención médica (8).

El Cantón de Archidona, de la Provincia de Napo, parte de la amazonia ecuatoriana cuenta con acceso limitado a servicios de salud es por ello que se dificulta aún más la evaluación periódica del desarrollo psicomotor y con ello la detección de factores de riesgo o anomalías ya instauradas.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuál es el resultado de la evaluación del desarrollo psicomotor en niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel CIBV del Cantón Archidona Provincia de Napo?

## **1.3 Justificación**

El presente estudio está enfocado en describir las características del desarrollo psicomotor ya que una correcta evaluación es fundamental para conocer las características, potencialidades y debilidades del desarrollo de los niños. La actuación oportuna mejora el funcionamiento, disminuye el grado de retraso y mejora de la calidad de vida del niño y su familia, por lo tanto este estudio está encaminado a aportar con procedimientos y a contribuir con el desarrollo psicomotor en preescolares.

El conocimiento del grado de desarrollo psicomotor en preescolares, permite fortificar su enseñanza en cinco procesos que son: intelectual que se refiere a las capacidades cognitivas e intelectuales, lo corporal a las capacidades motrices, el afectivo a las capacidades de equilibrio personal, el social a las capacidades de interrelación social y el ético y moral a las capacidades de inserción y actuación en el medio.

Existe suficiente evidencia para demostrar que esta forma de abordar el problema es una estrategia altamente efectiva ya que un correcto diagnóstico de retrasos en el desarrollo psicomotor de los niños, buscará una intervención adecuada para mejorar el pronóstico.

Los beneficiarios serán la institución, los niños y niñas que participan en esta investigación y sus familiares.



Las metodologías a ser aplicadas en el tema a desarrollarse estarán en función de experiencias de otros sectores diversos y considerando fundamentalmente la realidad local en lo geográfico, social y cultural; donde está marcada una fragilidad natural de los ecosistemas existentes; por otra, la presión antrópica fuerte a los recursos naturales y alterada, en donde predomina la pobreza, el desempleo y el bajo nivel de vida; existiendo la escasa aplicación de las leyes y de la misma Constitución de la Republica, la mínima atención de los organismos estatales y privados a esas zonas.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Describir las características del desarrollo psicomotor en los niños menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Catón Archidona.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- ❖ Caracterizar socio demográficamente los niños menores de 1 año del centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona.
- ❖ Evaluar el desarrollo psicomotor en los niños menores de 1 año.
- ❖ Relacionar el desarrollo psicomotor con los parámetros antropométricos.
- ❖ Caracterizar el desarrollo psicomotor según valoración nutricional y la forma de estimulación utilizada por el cuidador formal.

### **1.5. Preguntas de Investigación**

¿Cuáles son las características del nivel socio demográfico de los sujetos de estudio?

¿Cómo se encuentra el desarrollo psicomotor en los niños evaluados?

¿Cuál es la relación del desarrollo psicomotor con los parámetros antropométricos?

¿Cómo se asocia el nivel del desarrollo psicomotor y la valoración nutricional con la forma de estimulación psicomotriz utilizada por el cuidador?

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO.**

#### **2.1. Marco referencial**

La palabra desarrollo psicomotor se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke (1848-1905), ya que utilizó para mencionar al fenómeno evolutivo de adquisición continua de habilidades a lo largo de la infancia como son la comunicación, el comportamiento y la motricidad del niño. Illingworth menciona que el desarrollo psicomotor es un proceso gradual y continuo que nos permite identificar estadios crecientes de complejidad, esta inicia al momento de la concepción y termina con la madurez con una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable (9).

Existe una peculiaridad en el desarrollo psicomotor dando existencia algunas variaciones interindividuales dando un nivel de dificultad en los niños que no permiten distinguir entre los cambios que se podrían considerar normal o esperables y los retrasos de maduración derivadas de desórdenes ya sea temporales o permanentes (9) .

Durante el desarrollo psicomotor la adquisición de funciones es progresiva es decir que no se realiza en un programa rígido , sino que por el contrario, presenta variaciones en el ritmo o tiempo de desarrollo que requiere cada nueva habilidad lograda, así como también en la edad cronológica en que es esperable el logro de una habilidad o evento determinado. Un ejemplo conocido es la adquisición de la marcha, que puede variar entre los 9 y los 16 meses de edad del niño (9).

En España el término retraso psicomotor se maneja como sinónimo de retraso del desarrollo, mientras que en América Latina es más frecuente el término retraso madurativo. Álvarez Gómez et al, por otra parte, definen al retraso del desarrollo como una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo, por lo cual para estos autores no existe nada intrínsecamente anormal, los hitos madurativos se cumplen en el orden esperado, sólo que en forma más lenta. Esto involucra que, a largo plazo, el niño adquirirá las habilidades deficitarias y siempre seguirá un orden específico en la adquisición de las mismas (9).

El retraso psicomotor es uno de los cuadros más continuamente detectados en niños pequeños. Narbona y Schlumberger lo definieron como un diagnóstico temporal, en donde los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada (9).

Narbona y Schlumberger contemplaron las diferentes posibilidades diagnósticas en las que puede desembocar un cuadro que inicialmente se manifestó como un retraso psicomotor de la siguiente manera: puede ocurrir que el retraso sea una variante normal del desarrollo, en cuyo caso se normalizará espontáneamente antes de la edad preescolar (9).

## **2.2. Marco contextual**

### **2.2.1. Situación geográfica**

El Centro Infantil del buen vivir caritas de Ángel se encuentra ubicado en la Provincia de Napo Cantón Archidona

### **2.2.2. Maduración sistema nervioso central**

Nuestros primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo del ser humano ya que las experiencias tempranas completan la arquitectura del cerebro y diseñan el futuro comportamiento, el cerebro experimenta cambios como: crece, se desarrolla y pasa por periodos de aprendizaje por lo que requiere un entorno con experiencias significativas, estímulos multisensoriales y lo más esencial necesita de un entorno fomentado por el cuidado, la responsabilidad y el afecto de un adulto comprometido (10).

La maduración del Sistema Nervioso Central sigue un orden establecido es por ello que su desarrollo debe seguir una secuencia clara y predecible, el desarrollo se produce en sentido céfalo - caudal y de próximo o axial a distal (10).

Se consideran tres factores importantes para que haya un buen desarrollo del Sistema Nervioso Central, la dotación genética de la cual dependen de 25 a 70% de las capacidades óptimas del feto así como también una buena nutrición de la madre y por último los factores ambientales como la estimulación temprana y las adversidades (10).

El desarrollo del Sistema Nervioso Central se produce cuando las estructuras neuronales se establecen y se procede a la mielinización de los axones. El proceso de mielinización también llamado mielogénesis. Consiste en el proceso de formación de una vaina de mielina (sustancia lípida de color blanquecino) alrededor del axón o cilindro-eje de la neurona o célula nerviosa. La mielina tiene una función

facilitadora de la conducción eléctrica, lo cual facilita el paso del impulso nervioso de unas neuronas a otras indispensable para el aprendizaje motor (11).

La maduración del Sistema Nervioso Central cuando se establecen los contactos interneuronales (sinapsis), se modulan y se convierten en estímulos funcionales, se trata de un proceso fisiológico genéticamente determinado por el que un órgano o conjunto de órganos alcanza un nivel de evolución que le permite ejercer una función con eficacia. Está determinado biológicamente por la carga genética tanto del individuo como de la especie. En un sentido más restringido, el concepto maduración se va a referir específicamente a la evolución del Sistema Nervioso Central y más aún al proceso de mielinización (11).

En el momento del nacimiento la mielinización está más avanzada en las áreas o zonas subcorticales (responsables de las conductas reflejas o involuntarias) y progresivamente se va a ir extendiendo hacia las zonas corticales (responsables de las conductas voluntarias y de carácter más complejo). El proceso se va a producir en el sentido de la satisfacción de las necesidades (11).

Existen periodos críticos para el desarrollo del cerebro que se describen como la presencia importante de ciertos estímulos para que se desarrollen cierta estructura o función y los periodos sensitivos son aquellos en los que el funcionamiento continuo del cerebro frágil a las condiciones internas y externas del medio (10) .

Se evidencia que los fetos responden a diferentes estímulos es por ello que los sentidos empiezan a funcionar a las 25 semanas de gestación, la vista, el oído, tacto, gusto y olfato son receptivos ante la estimulación que se brinde desde su nacimiento por lo que es de primordial importancia el desarrollo del niño en su etapa de 0 a 2 años y continuar su estimulación hasta los 5 o 6 años (10).

### 2.2.3. Desarrollo motor

El crecimiento y desarrollo humano es un proceso continuo a lo largo de la vida, influido por las experiencias de la persona y donde cada etapa se asienta en la anterior. Por lo tanto, este proceso ocurre en la interacción del niño, como organismo biológico, con el medio inmediato y la interacción entre el sistema social y el ambiente del niño (12).

En el desarrollo humano integral es posible analizar dos tipos de cambios: cuantitativo y cualitativo. El primero corresponde a los cambios sucedidos en cantidad en el niño, y que implican el crecimiento físico; el segundo corresponde a la aparición de nuevos fenómenos que se suelen expresar a través de la conducta. En el desarrollo cualitativo se suele diferenciar al menos 5 componentes: motor, cognitivo, del lenguaje, emocional y social (12).

La desnutrición grave afecta al cerebro tanto anatómicamente como funcionalmente, existe una asociación entre alimentación deficiente y un bajo rendimiento mental así como también la interacción materno-infantil y la alimentación suplementaria, el consumo de alimentos incluido el azúcar consumidos durante la dieta de la madre van ayudar a dar buenos resultados motores si no también mentales en el niño (13).

El desarrollo motor es un conjunto de procesos de cambio que conservan una sucesión, relacionada con la edad, además de estructuras y funciones de acuerdo a las influencias internas (carga genética y hereditaria) e influencias externas (estímulos del medio ambiente, antes y después de su nacimiento) el complemento de todos estos procesos forman independencia física del niño (11).

El desarrollo motor consta de varias características:

- **Continuo:** Continuamente hay funciones que cursan hacia una mayor complejidad.
- **Progresivo:** Funciones de mayor complejidad, que permiten mayor adaptación.



- **Irreversible:** Los avances no se pierden.
- **Secuencia Fija:** Céfalocaudal y Próximo-distal.

#### **2.2.4. Etapas del desarrollo psicomotor en el primer año de vida**

Los tres primeros meses, son el momento de más pasividad, el bebé pasa mucho tiempo dormido, aunque se van dando cambios que serán básicos para su desarrollo posterior, en estos primeros meses no hay control de la cabeza, tumbado boca abajo sólo la levanta para cambiarla de lado. Gracias al reflejo de presión palmar, coge fuertemente cualquier objeto, que se le da en las manos y su postura casi siempre es en flexión (14).

En el segundo trimestre, consigue el control cefálico cuando le sentamos, el reflejo de presión va desapareciendo dando lugar a la prensión voluntaria encontrándose las manos más abiertas. Las posiciones más utilizadas por él serán tumbado y sentado en una hamaca, pero necesita ayuda. Su mayor triunfo desde los 6 a los 9 meses es la posibilidad de conseguir la posición de sentado /a sin apoyo y con equilibrio, posee un tono muscular normal; tumbado boca arriba es capaz de girar sobre sí mismo quedando boca abajo (14).

Su prensión es más efectiva, suelta y coge a modo de juego repetitivo. Señala, aplaude, da golpes, manipula objetos con las dos manos. Le gusta la música, y si le estimulamos convenientemente puede ser capaz de moverse y bailar. Su esquema corporal está ya desarrollado, tiene una buena coordinación ojo-mano, le permite coger con intencionalidad, perfecciona la pinza pulgar-índice con el hecho de coger objetos pequeños; poseerá la capacidad de sujetar un lápiz haciendo garabatos sin control ni movimiento ni del espacio en que los realiza. Intentará manejar sólo la cuchara, querrá beber en vaso aunque que quizá no pueda hacerlo solo (14).

**DESARROLLO = MADURACIÓN + MEDIO AMBIENTE**

No puede haber desarrollo sin que ambos elementos funcionen de forma óptima y adecuada.

<b>PRIMER MES</b>	<b>SEGUNDO MES</b>
<p>Motricidad gruesa. Postura en flexión. Boca abajo eleva el mentón.</p> <p>Visomotor: Capacidad Visual muy limitada, poca visión lateral.</p> <p>Lenguaje: Responde al sonido parpadeando Emite sonidos guturales. Cambia el ritmo respiratorio.</p> <p>Personal social: Se queda observando las caras y responde quedándose callado y quieto.</p>	<p>Motricidad gruesa. Puede mantener la cabeza hasta en un ángulo de 45 grados, por algunos segundos. La cabeza se retrasa al llevarlo a posición de sentado.</p> <p>Visomotor: Fija su atención sobre uno de los objetos que se le muestra. Las manos semi-abiertas en estado de vigilia.</p> <p>Lenguaje. Manifiesta mayor atención a la voz de la madre. Vocaliza: Dice "aaa", "eee", "uuu".</p> <p>Personal social: Presenta sonrisa social. Mira a los ojos. Se comunica con muecas</p>
<b>TERCER MES</b>	<b>CUARTO MES</b>
<p>Motricidad gruesa: Levanta y girar su cabeza. De decúbito ventral: se apoya en los antebrazos y levanta la cabeza 45-90°</p> <p>De cubito supino: Se mira las manos, las rodillas aún están flexionadas, pero toca los talones en la cama.</p>	<p>Motricidad gruesa. Sostiene perfectamente la cabeza.</p> <p>Rueda de decúbito ventral a dorsal.</p> <p>Boca abajo hace palanca con los brazos, y eleva el tronco y la cabeza.</p> <p>Se lleva las manos a la boca Motor fino:</p>

<p>Visomotor: Al colocar un objeto en la mano, lo coge y sostener pero no lo largamente. Tiene a menudo abiertas las manos.</p> <p>Se coge las manos y las mira.</p> <p>Lenguaje: Produce balbuceos con consonante y vocales. Presta mayor atención a la voz de la madre. Expresa risitas. Grita o llora.</p> <p>Personal social: Reconoce a los familiares Risas a carcajadas. Mira cuando alguien le habla.</p> <p>Es capaz de estar tranquilo solo.</p>	<p>Junta las manos en la línea media.</p> <p>Lleva objetos a la boca.</p> <p>Intentar prensión palmar voluntaria.</p> <p>Golpear objetos.</p> <p>Lenguaje: Para el llanto cuando se le habla. Da gritos, gira la cabeza hacia las voces conocidas.</p> <p>Ríe a carcajadas.</p> <p>Personal social: Se interesa y puede sonreír al ver su imagen en el espejo.</p> <p>Sonríe naturalmente, con otras personas</p> <p>Jugar con la personas.</p> <p>Reproduce algunos movimientos y gestos faciales</p>
<b>QUITO MES</b>	<b>SEXTO MES</b>
<p>Motricidad gruesa: decúbito dorsal es francamente simétrica, rota de decúbito ventral a dorsal y de dorsal a lateral.</p> <p>Inicia a cogerse las piernas, hasta introducir el pie en la boca.</p> <p>Hace trípode, puede soltar una mano para agarrar alguna cosa.</p> <p>Motor fino: la prensión palmar es voluntaria pero aún torpe.</p> <p>Cambia objetos de una mano a otra.</p> <p>Golpear objetos.</p>	<p>Motricidad gruesa.-hace trípode se sostiene en una mano.</p> <p>Puede darse la vuelta sujetándole por las axilas: se apoya sobre los pies, no cruzar las piernas y "salta".</p> <p>Se mantiene sentado sin apoyo por unos segundos.</p> <p>Motor fino: Mantiene dos objetos (uno en cada mano).- Lleva objetos a la boca.</p> <p>Le fascina arrugar papeles.</p>

<p>Lenguaje: grita y gira la cabeza hacia las voces conocidas.</p> <p>Comunica sus emociones.</p> <p>Personal social: le gusta mirarse al espejo. Sonríe cuando le hablan. Cuando se enoja lo manifiesta con movimientos de brazos y piernas.</p>	<p>Lenguaje: usa consonantes (dada, baba) Grita, gira la cabeza hacia las voces conocidas Imita sonidos.</p> <p>Personal social: sonríe cuando una persona se le acerca.</p> <p>Muestra preferencia por sus padres.</p> <p>Se interesa por juguetes y se enoja si se los quitan</p>
<b>SÉPTIMO Y OCTAVO MES</b>	<b>NOVENO MES</b>
<p>Motricidad gruesa. Se sienta sin apoyo. Se agarra los pies y se chupa el dedo gordo. Se da la vuelta.</p> <p>Extiende las manos hacia adelante para apoyarse</p> <p>Se inclina para coger cosas, sosteniéndole de pie por las axilas: salta.</p> <p>Motor fino: Cambia un juguete de mano. Sujeta un objeto entre el pulgar y el meñique.</p> <p>Suelta voluntariamente los objetos. Lenguaje: Pronuncia "da, ta", "pa", "ga", "ca", "ma".</p> <p>Reconoce su nombre y el de algunos</p>	<p>Motricidad gruesa.- inicia el gateo. Comienza a ponerse de pie apoyándose en los muebles.</p> <p>Se mantiene de pie unos instantes y se cae.</p> <p>Motor fino: juega a golpear las cosas de forma brusca y las lanzas al suelo.</p> <p>Lenguaje.</p> <p>Utiliza la voz para llamar la atención, en vez de usar el llanto. Dice "ma-ma" "pa-pa"; Presta atención a la música suave.</p> <p>Personal social.</p> <p>Comienza juegos.</p> <p>Señala con las manos que quiere un juguete. Se resiste a que le quiten un</p>

<p>objetos.</p> <p>Emplea gestos de agrado y de enojo.</p> <p>Personal social: Disfruta el jugar a las escondidas.</p> <p>Busca un objeto escondido.</p> <p>No le gusta que le quiten un juguete</p> <p>Mira hacia un objeto cuando se lo nombra. Grita para llamar la atención</p>	<p>juguete</p>
<b>DECIMO Y ONCEAVO MES</b>	<b>DOCEAVO MES</b>
<p>Motricidad gruesa: Se pone de pie solo, se agarra en los muebles da la mano para iniciar a caminar Motor fino.</p> <p>Inicia a introducir y retirar objetos de una caja ( Bebe solo en vaso o taza)</p> <p>Lenguaje: Comprende preguntas sencillas “¿Dónde está papá?”.</p> <p>Observa cuando se pronuncia su nombre</p> <p>Personal social, da palmaditas.</p> <p>Busca objetos. Juega a las escondidas.</p>	<p>Motricidad gruesa: Inicia camina con apoyo y de la mano.</p> <p>Da pocos pasos solo.</p> <p>Motor fino: Inicia a señala con el dedo algún objeto</p> <p>Entrega objetos voluntariamente.</p> <p>Raya el papel con el lápiz Intenta colocar 2 cubos.</p> <p>Lenguaje: Inicia a decir mama y papa. Comprende órdenes sencillas.</p> <p>Personal social.</p> <p>Cuando se lo llama se acerca.</p> <p>Ayuda a vestirse Saluda con la mano.</p>

**Fuente:** Reeducción cerebro motriz del niño pequeño Educación Terapéutica.

**Responsable:** M. Le Métayer

### **2.2.5. Importancia del desarrollo psicomotor**

El desarrollo psicomotor es de mucha importancia dentro del marco de una educación integral de calidad, ya que es concebido como la madurez de los aspectos psíquicos y motrices del ser humano que conllevan a un mejor desenvolvimiento en el área que se encuentra. El desarrollo psicomotor ocupa una parte motriz y por otro el del psiquismo del niño/a el movimiento es una manifestación de un organismo complejo que va modificando sus reacciones de manera espontánea, la psicomotricidad permite que cada movimiento tenga un objetivo determinado. La educación psicomotriz es el inicio del proceso de educación de la primera infancia es esencial en su desarrollo motor, emocional y psicológico a través de diferentes actividades y juegos (15).

El desarrollo normal de los niños una de sus principales características es el movimiento, ya que desde el vientre de la madre existen los primeros movimientos y psicomotricidad es por ello que deben ser estimulados desde bebés con el fin de potencializar sus capacidades permitiéndole así descubrir y explorar el mundo que le rodea tanto en el aspecto cognitivo así como también socio afectivo de esto dependerá su personalidad y mediante el conocimiento de su propio cuerpo crecerá seguro y estable (16) .

El niño/a va alcanzando el dominio del equilibrio, tiene la capacidad de controlar las coordinaciones motoras, nociones temporales, espaciales, se va adaptando de mejor manera al mundo exterior, la creatividad se va formando, el ritmo va adquiriendo bases sólidas simultáneamente con la memoria esto es gracias a la psicomotricidad que existe dentro del proceso de crecimiento de los seres humanos (16).

Una detección precoz en la atención primaria de los niños con retraso o trastornos del desarrollo sería una oportunidad para una derivación a tiempo para un diagnóstico preciso y una valoración más exhaustiva para recibir una atención temprana. El término retraso del desarrollo es un diagnóstico temporal, hasta que se pueda determinar un diagnóstico definitivo a través de diferentes pruebas formales ya sea

de normalidad es decir si el retraso se resuelve con el tiempo o ya sea deficiencia mental u otra patología (15).

#### **2.2.6. Evaluación del Desarrollo Psicomotor**

La evaluación del desarrollo psicomotor (DSM) es una actividad central en la supervisión de salud del lactante y el preescolar. Para lograr una oportuna detección y derivación de los niños con rezago, se recomienda una vigilancia periódica del DSM en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas a edades específicas (17) .

Para la evaluación del desarrollo psicomotor es muy necesario tomar en cuenta factores que puedan dar lugar a un patrón anormal de desarrollo, todos estos datos serán recolectados a través de una historia clínica y una valoración apropiada preguntando siempre acerca de los eventos prenatales, perinatales y postnatales incluyendo la salud materna durante el embarazo (16).

Existe un registro personal del niño en donde consta detalles del embarazo, tipo de parto, condición al nacer, apgar, peso y circunferencia cefálica y los resultados de la evaluación de la audición de los recién nacidos así como también es de mucha importancia una historia familiar, social y ambiental preguntando por consanguinidad e historia familia de problemas de desarrollo o dificultades de aprendizaje, que puedan señalar problemas metabólicos o condiciones recesivas (15).

La evaluación del desarrollo psicomotor permite conceptualizar los comportamientos observados en el desarrollo según una clasificación amplia que va desde los movimientos reflejos mecánicos y automáticos hasta los movimientos coordinados complejos. Las técnicas desarrolladas para evaluar este proceso suponen una pluralidad de alternativas metodológicas, concepciones teóricas y énfasis en distintos aspectos. Por un lado, existen algunos instrumentos tradicionales cuyo objetivo es la

obtención de una medida global del desarrollo, y por otro lado, algunos procedimientos para evaluar áreas específicas de desarrollo (16).

Se han construido instrumentos tradicionales cuyo objetivo es la obtención de medidas globales del desarrollo, tales como, cocientes de desarrollo y cocientes madurativos. Las técnicas más utilizadas de los años 50 a los 70 fueron instrumentos estandarizados, basados en test situacionales mediante los cuales se extraen observaciones precisas, que referenciados a unos criterios normativo evolutivos permiten establecer un cociente de desarrollo global (16).

#### **2.2.7. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses o EEDP**

La evaluación del desarrollo psicomotor es una actividad primordial en la supervisión de salud del niño con el fin de lograr una oportuna detección ya que diversas sociedades científicas recomiendan una vigilancia sistemática del DSM en los controles de salud y la aplicación de pruebas estandarizadas a edades específicas, un instrumento de evaluación es la escala de desarrollo motor EEDP que nos ayudara a tener resultados rápidos es fácil de utilizar y rápida de tabular considerando la cooperación del niño (18).

Es un instrumento estandarizado que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de las funciones psicomotoras de niño elaborado por las Psicólogas Chilenas Rodríguez, Arancibia y Undurraga en el año de 1974. Se basaron en los escritores Lezine y Brunett (1846), Gessell; Bayley (1950), Framkenburg (1970). La escala EEDP evalúa el DSM en las aéreas motora, lenguaje, social y coordinación. El rendimiento general se expresa en un puntaje total estándar que se denomina Coeficiente de Desarrollo (CD), mide el rendimiento del niño frente a situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor (18)



## **Motora (M)**

Motilidad gruesa. - Coordinación corporal y específica (reacciones posturales y locomoción)

**Lenguaje (L).**- Verbal y no verbal - reacciones al sonido - Soliloquios y vocalización - Comprensión y emisiones verbales

**Social (S).**-Se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a persona y aprender por medio de la imitación.

**Coordinación (C).**Comprende las reacciones del niño requieren integrar funciones. La escala definitiva consta de 75 ítems, es decir 5 por cada edad.

La puntuación del ítem no admite sucesiones, existiendo así únicamente dos posibilidades como son el éxito o fracaso frente a tareas propuestas, se consideran grupos de edades entre los 0 y 24 meses y así se dividen en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses la técnica de medición es aquella en la que se observa la conducta del niño frente a situaciones específicas provocadas por el examinador, se realizan preguntas a la madre acerca de la conducta del niño ante diferentes situaciones específicas realizadas por el examinador que no se pueden observar directamente durante el desarrollo de la prueba (18).

Administración:

Se debe ubicar al niño/a de forma confortable así como también brevemente al acompañante el objetivo del se debe anotar en hoja de registro los datos de identificación del evaluado. Se debe calcular la edad cronológica considerando los días y los meses, restando a la fecha de aplicación la fecha de nacimiento. En caso de ser años diferentes se suma 12 meses por cada año de diferencia con el mes de aplicación (18).

La prueba va empezar analizando el mes inferior a la edad cronológica en meses, si el niño/a fracasa en los 5 ítems se debe evaluar el mes anterior a este y así se realizara sucesivamente y en el caso de que acerté se continuara con la edad siguiente (18).

Para la interpretación se debe considerar la edad mental la cual se determina por el mes mayor en el que el niño o la niña cumple con los 5 ítems a este se considera como línea base y se deberá multiplicar por 30 y se suma los 5 ítems en los cuales el niño realizo con éxito y se obtendrá la edad mental en días, se deberá dividir la edad mental por la edad cronológica lo que nos permitirá determinar el coeficiente de desarrollo de esta manera: (18)

Todos los ítems positivos: Normal

Uno o más ítems negativos: Riesgo

Todos los ítems negativos: Retraso

#### **2.2.8. Evaluación de pacientes pediátricos en Enfermería**

La principal responsabilidad de la enfermera es con el niño y la familia. Debe ayudar a identificar sus necesidades, objetivos y desarrollar intervenciones oportunas. Ayuda al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades, favoreciendo el crecimiento y desarrollo, la nutrición adecuada, las inmunizaciones y la identificación temprana de los problemas de salud (18).

Ofrece a la familia información sobre temas como guía preventiva y proceso de las enfermedades. Escucha atentamente a la familia mediante una relación terapéutica así como también colabora como miembro fundamental del equipo de salud interdependiente, colabora con otros servicios de atención especializada y primaria, coordinando los servicios de enfermería y contribuye a la investigación que potencia la asistencia de enfermería de los niños, adolescentes y de las familias (19).

La enseñanza requiere por parte del personal de enfermería una preparación previa adecuada ya que debe transmitir la información de forma comprensible y satisfactoria para el niño y la familia como educadora eficaz, la enfermera debe ofrecer la información adecuada y fomentar el intercambio y el repaso de forma generosa para facilitar el aprendizaje (19).

La consejería supone un intercambio de ideas y opiniones que proporcionan la base de la solución mutua de los problemas supone la aplicación de técnicas de apoyo y docente que favorezca la expresión de los sentimientos o pensamientos y procedimientos para ayudar a la familia a que supere el estrés (19).

La misión básica del personal de enfermería es restablecer la salud por medio de actividades asistenciales. La atención de enfermería tiene entre sus objetivos primarios la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, tanto desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo, una familia a una comunidad (20).

Invertir estrechamente en la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales de los niños inducidas alimentación, el baño las necesidades higiénicas el vestido (21).

## **2.2.9 Valores Antropométricos:**

**2.2.9.1. Talla.-** es la medida de la estatura del cuerpo humano del niño desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo que se puede expresar ya sea en metros o en centímetros (22).

Para el Ministerio de Salud el control de crecimiento y desarrollo son el conjunto de actividades periódicas con el fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de ese modo reducir la severidad y duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte (22)

Para la organización mundial de la salud los indicadores de crecimiento se usan para evaluar el crecimiento considerando conjuntamente la edad y las mediciones de un niño, este indicador nos permitirá identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes (17) .

El monitoreo del crecimiento y desarrollo consiste en evaluar al niño y la niña de manera individual y sistemática, es exitoso cuando se ofrece al niño el contenido, la calidad y oportunidad de la atención necesarias(12).

**2.2.9.2 Peso.-** Es una medida de la masa corporal total del niño/a. La medición del peso refleja el crecimiento de los tejidos corporales como un todo, informa sobre el tamaño corporal total, es la medida más sensible de crecimiento, refleja tempranamente las variaciones en la ingesta de alimentos y la influencia en el estado nutricional de factores externos agudos, como enfermedades (17)

El peso para la edad refleja el peso corporal en relación a la edad del niño en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso es relativamente fácil de medir, comúnmente se usa este indicador, pero no es confiable en los casos en los que la edad del niño no puede determinarse con exactitud. Es importante señalar también que un niño puede estar desnutrido debido a que tiene longitud/talla pequeña (talla baja) o está muy delgado o tiene ambos problemas (17).

Para ello se utilizan balanzas o básculas. Las de uso más común para pesar a los niños y niñas son:

- Balanza de palanca o pediátrica (para niños y niñas menores de 2 años).

- Balanza redonda de resorte tipo reloj.
- Balanza o báscula electrónica. Báscula de plataforma.

### **2.2.9. Retraso psicomotor**

Es uno de los cuadros más frecuentemente detectados en niños pequeños. Narbona y Schlumberger lo define como un diagnóstico provisional, en donde los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros tres años de vida aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada (23).

Poó Arguelles planteó que lo patológico es apartarse de una manera significativa de lo esperado para la edad, en una manera significativa de lo esperado para la edad, en un área concreta o en globalidad e Illingworth sostuvo lo único que se puede decir es que cuanto más lejos del promedio se encuentre un niño, en cualquier aspecto, es menos probable que sea normal (9).

El retraso psicomotor implica como diagnóstico provisional, de los logros del desarrollo de un determinado niño durante sus primeros 3 años de vida, aparecen con una secuencia lenta para su edad y/o cualitativamente alterada, el retraso psicomotor que afecta no solo a las adquisiciones motrices sino también al ritmo de aparición de habilidades para comunicarse, jugar y resolver problemas apropiados a su edad (23).

### **2.2.10. Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor**

En algunos países de Latinoamérica se ha observado que los niños menores de 5 años están constantemente expuestos a múltiples factores de riesgo, tales como: la pobreza, desnutrición, los problemas de salud y un ambiente con poca estimulación, lo cual afecta su desarrollo cognitivo (24).

El primer año de vida la explosión de habilidades motoras y cognitivas, cuya secuencia y momento de aparición son dependientes de factores genéticos y madurativos, se basa en un adecuado desarrollo prenatal. Una constitución genética

adversa o un cuidado prenatal insuficiente establecen bases para la vulnerabilidad del desarrollo, dependiendo de la severidad el desarrollo puede verse afectado irreversiblemente o puede presentar solo una alteración, logrando alcanzar las metas evolutivas (25).

Cuando un niño presenta indemnidad biológica el desarrollo temprano sigue un curso preestablecido en que sus hitos fundamentales (cognición, lenguaje, motricidad) difícilmente se ven alterados, la importancia de los factores de riesgo biológicos y sociales sobre el curso del desarrollo infantil, prematuridad, bajo peso de nacimiento, malnutrición, padres adolescentes, depresión materna, bajo nivel de educación son algunos de los factos de riesgo que se relacionan con el desarrollo psicológico infantil (25).

El estado nutricional del niño/a es la relación entre la ingesta de alimentos y el gasto calórico diario, se determina utilizando tres índices antropométricos establecidos por la Organización Mundial de la Salud como son el peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla es de vital importancia tomar en cuenta estos parametros ya que el retraso en el crecimiento antes de los 2 años puede producir efectos irreversibles como son problemas en el aprendizaje, en el desarrollo emocional y social del niño (13).

La obesidad se ha ido extendido en su gran mayoría en el transcurso de los años en especial en los niños afectando su estilo de vida, un estudio realizado en Chile de un total de 150 niños vulnerables socioeconómicamente pertenecientes a Jardines Infantiles de la Fundación Integra se selecciono una muestra de 58 preescolares de 4 a 4,5 años de los cuales se dividio en tres grupos normopeso, sobrepeso y obeso a cada niño se les aplico el Test de DSM "TEPSI" tiene 52 ítems que evalúan las áreas en el desarrollo del lenguaje, coordinación y motor, permitiendo así clasificar el desarrollo psicomotor de los niños en normal, riesgo y retraso se tomo en cuenta tambien la antropometría y la evaluación ntricionalse realizo po IMC, determinando así que un 48.2% de los niños evaluados tenian un peso normal, 31% tenian sobrepeso y un 20.7% obesidad concluyendo finalmente que los niños con normo

peso tienen un mejor desarrollo psicomotor en comparación que los niños con sobrepeso afectando de manera negativa en su desarrollo ya que no pueden desarrollar sus habilidades y destrezas corporales (26) .

Un estudio realizado en el Hospital Miguel Servet de Zaragoza en el área de Neuropediatría mas del 50% de consultas los casos obedecen a encefalopatías prenatales incluidos problemas genéticos y disruptivos prenatales el diagnostico se realiza mediante el seguimiento como consecuencia del sufrimiento perinatal, el retraso es una manifestación encontrada. Entre los diagnósticos funcionales de los niños alrededor de un 45% tendra retardo mental, un 15% trastorno del espectro autista y un 17% parálisis cerebral infantil, la deteccion de un problema de desarrollo debe ser precoz ya que corresponde en primera instancia a los padres así como tambien al personal de guarderías y colegios. Un problema motor puede deberse tanto a una encefalopatía como a un trastorno de la medula espinalo de la unidad neuromuscular. Una encefalopatía puede manifestarse por alteraciones aisladas o asociadas motoras, cognitivas comportamentales o sensoriales, la importancia de los problemas exige una actitud positiva con la pretensión de mejorar la calidad de vida del niño y su familia, mejorar la comunicación y la comprensión del niño y desarrollar al máximo sus capacidades potenciales (27) .

#### **2.2.11. Atencion temprana**

La detección temprana de los problemas en el neurodesarrollo es de suma importancia para el bienestar de los niños y sus familias, ya que permite acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno (24).

El crecimiento es uno de los mejores indicadores de la salud infantil, que se da en la primera infancia presentando grandes variaciones en tamaño, forma, función e intensidad atribuidas a factores genéticos y ambientales, en una valoración del desarrollo psicomotor se trata de averiguar si un niño a una determinada edad ha adquirido una serie de funciones propias para su edad con el fin de determinar

estrategias de detección, diagnóstico, intervención necesarias para el adecuado manejo de los niños con problemas de desarrollo o riesgo de padecerlos tomando en cuenta la importancia del trabajo en equipo con otros profesionales sanitarios y con otros recursos educativos y sociales especialmente la atención temprana (15) .

Se ha observado que los niños que reciben una intervención temprana presentan, a largo plazo una mejoría en el coeficiente intelectual, mejor desempeño escolar, menor índice de criminalidad, y en la vida adulta más facilidades para conseguir empleo e ingresos más elevados en relación a quienes no lo recibieron (15).

Indudablemente no existe “cura” para todos los casos de modificaciones del desarrollo pero el tratamiento puede mejorar el curso del mismo y mejorar el pronóstico de estos niños y la calidad de vida de sus familias. Podemos actuar a varios niveles (13):

-Prevención primaria: actuación sobre los niños de riesgo biológico y/o social mediante la disminución de dichos factores de riesgo y el incremento de los factores protectores (13).

-Prevención secundaria: actuación sobre los niños con retraso del desarrollo mejorando su funcionamiento y disminuyendo el grado de retraso (13).

-Tratamiento compensador: actuación con niños con discapacidades establecidas (Síndrome de Down, parálisis cerebral infantil, etc.), no podemos cambiar la patología pero podemos mejorar la calidad de vida del niño y su familia (13).

La importancia del diagnóstico y de la atención ambos precoces, estriba en que hay evidencia de los beneficios de la atención temprana, y por tanto, posibilidad de mejorar el pronóstico de estos niños. La Atención Temprana tiene un efecto positivo, que es más eficaz cuando los programas son estructurados, intensos e incluyen a la familia (13).



### 2.2.12. Cantón Archidona

Archidona se encuentra ubicada al nororiente del Ecuador, en el costado occidental de la provincia de Napo, está situado en una zona privilegiada de la región amazónica; la mayor parte de su territorio es bosque primario o selva virgen (28).

La provincia de Napo, el pueblo Kichwa amazónico se encuentran de manera mayoritaria en los cantones de Archidona, en esta población tienen vari mitos que son la base de la explicación del orden del mundo, de la naturaleza y del orden social. Manifiestan el origen sagrado de sus pautas culturales, como las actividades tradicionales para su subsistencia en relación a la naturaleza. Esta relación con lo ecológico lo expresan a través de la acción de sus tres espíritus más importantes: **Amasanga, Nunghui y Sunhui** (28).

**Amasanga.-** es un espíritu masculino, el más poderoso de la selva y dueño de las almas y de quien depende la continuidad masculina mientras exista el kichwa podrán preservar su saber y su existencia en el futuro (28).

**Nunghui.-** es un espíritu femenino, dueña de la tierra y de los cultivos y quien provee los alimentos, trae la abundancia a la tierra y enseña a trabajar la chagra así como también da continuidad a lo femenino (28).

**Sungui.-** se define como el espíritu del agua este controla el poder de los ríos y las lluvias, viste con los colores del arco iris, que es el que sostiene al cielo, su representación es con la anaconda la diosa de los ríos (28).

En su sistema de creencias los sueños juegan un papel muy importante en esta cultura ya que funciona como guía para ordenar su vida diaria y productiva los esposos tienen como costumbre mencionar sus sueños en la madrugada con el fin de organizar su día (28).

### **2.2.13. Manifestaciones culturales**

Según la mitología kichwa, el cosmos está compuesto por tres espacios. “El primero es el Janan, que es el mundo espiritual; el segundo es el Kay Pacha, que es la naturaleza en la que se vive, es el lugar donde viven los seres humanos y, el tercero, es el Uku Pacha, que es el mundo de adentro. Hay seres de la naturaleza que están tanto dentro del Uku Pacha, como del Kay Pacha, se debe cuidar al kipa que es el tierno, el niño o niña; es el presente, el tiempo que va a venir. Es obligación de asegurar y proyectar al kipa; al igual que a los animales y a las plantas para que los hijos de los hijos compartan nuevamente, y así renazca el orden y la vida (28).

El Yachak es el hombre sabio de la comunidad, es el médico tradicional que cura a los enfermos y también el consejero y mediador de conflictos. Un yachak es un personaje respetado, querido, temido y en ocasiones odiado. Su preparación raya en lo mitológico y en lo ceremonial (28)

## **2.3. Marco legal y ético**

### **2.3.1. Marco ético**

Los valores orientadores sobre los que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública son: (29)

*Respeto.- Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.*

*Inclusión.- Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad.*

Vocación de servicio.- *La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción; Compromiso.- Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado.*

Integridad.- *Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada.*

Justicia.- *Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.*

Lealtad.- *Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.*

### **2.3.2. Marco legal**

#### **2.3.2.1 Constitución Política del Estado Ecuatoriano (2008)**

Art.45.- *“Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición” (30)*

#### **2.3.2.2 Ley Orgánica de Salud (2006)**

Art. 17.- *La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño/a o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad (31).*

#### **2.3.2.3 Código de la Niñez y Adolescencia (2003)**

Art. 24.- Derecho a la Lactancia Materna: *“Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle una adecuada nutrición y favorecer su normal crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna” (32)*

#### **2.3.2.4. Objetivos Nacionales del Buen Vivir**

1. *“Garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación” (33).*
2. *“Crear e implementar mecanismos y procesos en los servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad poblacional”.*
3. *“Ampliar la oferta y garantizar la gratuidad de la educación pública en los niveles de educación inicial, general básica y bachillerato en todo el país y generar mecanismos para fomentar la asistencia y permanencia de los estudiantes en el sistema, así como la culminación de los estudios”.*
4. *“Implementar instrumentos complementarios de apoyo para cubrir costos de oportunidad y eliminar barreras de acceso a la educación inicial, general básica y bachillerato, de manera articulada a la seguridad social no contributiva, con pertinencia cultural y territorial”.*
5. *“Generar e implementar mecanismos y acciones afirmativas para garantizar la gratuidad y eliminar barreras de acceso de los servicios de salud, con énfasis en el cierre de brechas de desigualdad”.*
6. *“Generar e implementar servicios integrales de educación para personas con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad, que permitan la inclusión efectiva de grupos de atención prioritaria al sistema educativo ordinario y extraordinario”.*

7. *“Garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años”.*

8. *“Fortalecer y mejorar los servicios de desarrollo infantil integral y de educación inicial, de manera articulada al Sistema Nacional de Educación y para todos los niños y niñas del país, priorizando los sectores más vulnerables, con enfoque de pertinencia cultural”.*

9. *“Implementar mecanismos de carácter intersectorial que articulen y amplíen los servicios públicos, privados y comunitarios de desarrollo infantil, y educación inicial, presenciales o domiciliarios, con corresponsabilidad, inclusión, equidad e interculturalidad”.*

10. *“Diseñar e implementar mecanismos que fomenten la corresponsabilidad de la familia y la sociedad en el desarrollo infantil integral”.*

11. *“Generar e implementar instrumentos de información y concienciación sobre la importancia del desarrollo integral de la primera infancia”.*

12. *“Normar y controlar el cumplimiento de estándares de calidad en los servicios públicos y particulares de desarrollo infantil y educación inicial, para garantizar el desarrollo de las áreas motriz, cognitiva, afectivo-social y de lenguaje de los niños y niñas”.*

13.” *Desarrollar mecanismos que permitan realizar adaptaciones del currículo nacional vigente para servicios de desarrollo infantil y educación inicial, con pertinencia cultural, lingüística, geográfica y para personas con necesidades educativas especiales asociadas o no a la discapacidad”.*

14. *“Establecer mecanismos y procesos para la profesionalización, la acreditación, la certificación, el seguimiento, el control y la evaluación del personal de cuidado y servicios de desarrollo infantil y educación inicial”.*

*15. “Fortalecer programas y proyectos para mejorar la nutrición prenatal y posnatal e incentivar la alimentación sana de mujeres embarazadas, proporcionándoles los suplementos necesarios para su estado de gestación”.*

*16. “Brindar consejería nutricional y afianzar la entrega de micronutrientes y material didáctico para el desarrollo integral de la primera infancia, en hogares y centros de atención”.*

*17.” Fortalecer los mecanismos de registro de niños y niñas desde el nacimiento y crear un subsistema de información, dentro del Sistema Nacional de Información, con registro único interinstitucional sobre la atención y condiciones de niños, niñas y adolescentes, para la evaluación, la generación de conocimientos y la formulación de políticas públicas”.*

## CAPITULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Líneas de investigación

Línea de Investigación	Programa	Proyecto	Tema
Salud y bienestar	Enfermería en la salud familiar y comunitaria	Salud familiar y comunitaria en la zona 2 de ecuador	Evaluación del desarrollo psicomotor en niños(as) menores de un año del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona Provincia de Napo

#### 3.2. Diseño de la investigación

**3.2.1. Cuantitativo.-** debido a que se va a recolectar datos acerca del desarrollo psicomotor a través de Escala de evaluación de Desarrollo Psicomotor EEDP que arroja una puntuación y una categoría que muestra el nivel de desempeño del niño evaluado, así también se toman datos antropométricos registrados mediante cifras numéricas como centímetros y kilogramos de acuerdo a la variable evaluada para el posterior análisis estadístico con el fin de establecer patrones de comportamiento.

**3.2.2. Investigación descriptiva.-** se tomaron diferentes datos como las actividades que realizan cada niño con el fin de determinar su desempeño y el nivel en el que se encuentra su desarrollo psicomotor. Además de las variables socio demográficas que permitieron describir detalladamente a la población para del estudio.

### 3.3. Tipo de la investigación

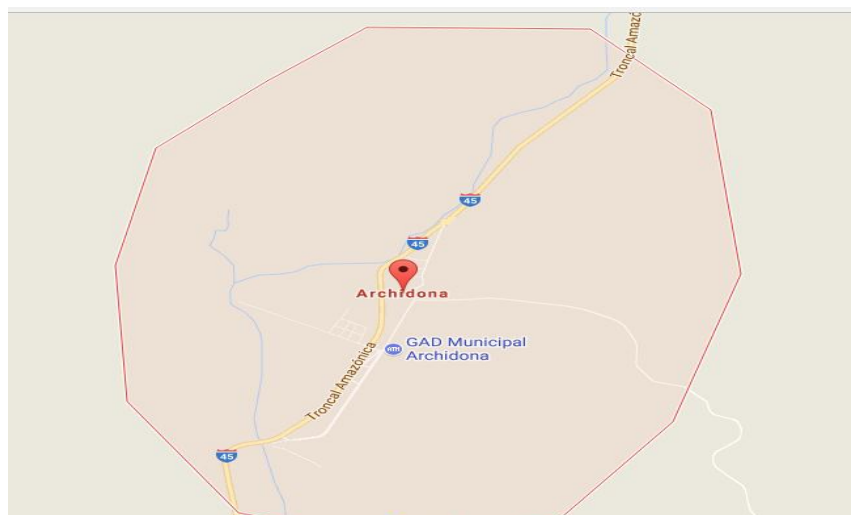
**3.3.1. No experimental.-** debido a que no se van a manipular ninguna de las variables, el fin del estudio es observar cómo se encuentra el desarrollo psicomotor en los niños con el fin de analizarlos con posterioridad y relacionarlo con algunos posibles factores causales.

**3.3.2. Corte Trasversal.-** este estudio es de corte transversal ya que se van analizar cuál es el nivel o estado del desarrollo en un momento dado, se realizó una sola evaluación es decir una sola toma de datos para su análisis y también se estableció la relación que existe en el conjunto de variables evaluadas que aplico a los niños del Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel

### 3.4. Localización y ubicación del estudio

Este estudio se realizó en el cantón Archidona de la provincia de Napo en el Centro Infantil del Buen Vivir Caritas Ángel que se encuentra ubicado en la entrada a la ciudad junto al parque recreativo familiar 13 de abril.

Archidona la Bella, o Archidona es una ciudad de Ecuador, también es la cabecera cantonal del cantón Archidona. Está ubicada sobre el valle del río Misahuallí, a una altitud de 577 msnm., en la Región Amazónica del Ecuador. Archidona tiene 5478 habitantes. La ciudad es el segundo centro político de la provincia.





### **3.5. Población**

Esta investigación se realizó a 12 niños menores de un año que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona

### **3.6. Muestra**

En vista de que todos los niños que acuden al Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Catón Archidona cumplen con los criterios de inclusión incluyendo la aprobación de sus padres se procede a trabajar con la población en total que corresponde a 12 niños.

#### **3.6.1. Criterios de inclusión**

- Niños y niñas que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Catón Archidona
- Niños y niñas de 0 a 1 año de edad
- Niños y niñas que cuenten con la aprobación de los padres para participar en la investigación (Consentimiento informado).

#### **3.6.2. Criterios de exclusión**

- Niños y niñas que no cumplan con los criterios de inclusión.
- Niños y niñas con antecedentes de enfermedades neurológicas, endocrino metabólicas o con diagnóstico previo de alguna discapacidad.

#### **3.6.3 Criterios de salida**

- Niños y niñas cuyos padres que no deseen continuar en el estudio.
- Niños y niñas que se trasladen o ausenten del centro durante la investigación.

### **3.7. Operacionalización de variable**

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Caracterizar socio demográficamente a los niños menores de 1 año del centro Infantil del Buen Vivir Caritas de Ángel del Cantón Archidona	Sexo	Es el conjunto de características fisiológicas y sexuales de los individuos de una especie con las que nacen, dividiéndolos en masculino y femenino	De acuerdo a condición fisiológica	Población por sexo	Masculino Femenino
	Edad	Es el tiempo transcurrido del nacimiento de un individuo o ser vivo, se expresa por un número entero de años así como también como un número entero de meses, o años y meses cumplidos	Grupo de edad	Población por edades	0 -3 meses  4- 6 meses  7- 12 meses
	Etnia	Se define como aquel grupo social, comunidad de personas, que comparten diversas características y rasgos como ser; lengua, cultura, religión, música, indumentaria, ritos, fiestas y música entre otras.	Auto identificación étnica	Población por etnia	Blanco  Mestizo  Indígena  Afroecuatoriano

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Evaluar el desarrollo psicomotor en los niños menores de 1 año.	Motilidad gruesa	Se denomina a la coordinación corporal y específica de un niño	Grupo de edades	reacciones posturales y locomoción	Normal Riesgo Retraso
	Lenguaje	<p>Capacidad propia del ser humano para expresar pensamientos y sentimientos por medio de la palabra.</p> <p>Sistema de signos que utiliza una comunidad para comunicarse oralmente o por escrito.</p>	Grupo de edades	<p>Verbal y no verbal</p> <p>Reacciones al sonido</p> <p>Soliloquios y vocalización</p> <p>Comprensión y emisiones verbales</p>	Normal Riesgo Retraso

	Social	Se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a persona y aprender por medio de la imitación.	Grupo de edades	Interactuar con el examinador	Normal Riesgo Retraso
	Coordinación	Comprende las reacciones del niño requieren integrar funciones.	Grupo de edades	Movimientos y estímulos	Normal Riesgo Retraso  escala)

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Relacionar el desarrollo psicomotor con los parámetros antropométricos	Talla	Es la medida de la estatura del cuerpo humano del niño desde los pies hasta el techo de la bóveda del cráneo que se puede expresar ya sea en metros o en centímetros	De acuerdo a condición fisiológica	Población por talla	Talla Normal Talla baja Talla alta  Percentiles > 97 Percentiles = 50 Percentiles < 3
	Peso	Es una medida que nos permite valorar la cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona medida en kilogramos o libras.	De acuerdo a condición fisiológica	Población por peso	Normal Bajo peso Sobre peso  Percentiles > 97 Percentiles = 50 Percentiles < 3

Objetivos	Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Caracterizar el desarrollo psicomotor según valoración nutricional y	Desarrollo psicomotor	El desarrollo motor es un conjunto de procesos de cambio que conservan una sucesión, relacionada con la edad, además de estructuras y funciones de acuerdo a las	Socio afectiva Cognitiva Comunicativa Corporal	Desarrollo psicomotor, valoración nutricional y forma de estimulación del cuidador formal	Adecuada Inadecuada

la forma de estimulación utilizada por el cuidador formal		influencias internas			
---	--	----------------------	--	--	--

### **3.8. Análisis de datos**

Mediante la aplicación de escala de desarrollo psicomotor EEDP se logró evaluar diferentes parámetros como son la motilidad gruesa, el lenguaje, social y coordinación con el fin de poder determinar si su desarrollo se encuentra normal en riesgo o si presenta algún tipo de retraso así como también con la aplicación de las curvas de crecimiento del Ministerio de Salud Pública se pudo valorar el estado nutricional de cada niño de acuerdo a su edad.

### **3.9. Métodos de investigación**

#### **3.9.1. Métodos empíricos**

##### **Observación Sistemática**

Este estudio manejó la observación sistemática, ya que agrupa diferente información a partir de ciertos criterios fijados previamente, en este caso se realizó una evaluación del desarrollo psicomotor a través de la EEDP para determinar la conducta motora que estaba realizando cada uno de los niños. Asimismo se recopiló información para caracterizar de forma específica a cada uno de los niños de forma socio – demográficamente.

#### **3.9.2. Método teóricos**

##### **Método Bibliográfico**

Se utilizó el método de revisión bibliográfica, el cual consiste en localizar, identificar y acceder a aquellos documentos que contienen la información adecuada para la investigación. Por lo cual, para este estudio en específico se revisó la bibliografía de artículos de revistas científicas, libros, tesis, entre otros. Los cuales se emplearon para la construcción del planteamiento del problema, la justificación del estudio,

marco teórico, la búsqueda de los instrumentos para la recolección de datos y la discusión de resultados.

### **Método analítico**

El método analítico consiste en la separación de las partes de un todo para estudiarlas en forma individual, en este caso se realizó la evaluación del desarrollo psicomotor, se tomó valores perinatales y datos socio demográficos para analizarlos de forma individual y ulteriormente realizar el respectivo cruce de variables y determinar su relación.

### **3.10. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.**

#### **3.10.1. Técnicas de recolección.**

La técnica que se va utilizar para la recolección de datos en la encuesta ya que este es un método de investigación utilizada para obtener información sobre diversos temas y variedad de propósitos.

Los datos serán obtenidos mediante procedimientos estandarizados con el fin de que cada niño responda a la preguntas en una igualdad de condiciones para evitar opiniones inclinadas que pudieran influir en el resultado de la investigación, esta escala consta de diferentes parámetros que se irán valorando mediante la utilización de diferentes materiales pudiendo así determinar el nivel del desarrollo psicomotor de cada niño.

#### **3.10.2. Instrumentos de recolección**

Mediante la entrevista con la madre de cada niño se logró recolectar la información necesaria que consta en la historia clínica con el fin de obtener datos relevantes que nos permitan brindar una correcta atención.



Así como también vamos a utilizar la escala de desarrollo motor EEDP nos permite valorar cuatro parámetros, con la utilización de varios instrumentos se asignó un puntaje correspondiente con el fin de determinar si el desarrollo psicomotor de cada niño se encuentra normal, riesgo o retraso.

## CAPITULO IV

### 4. Resultados

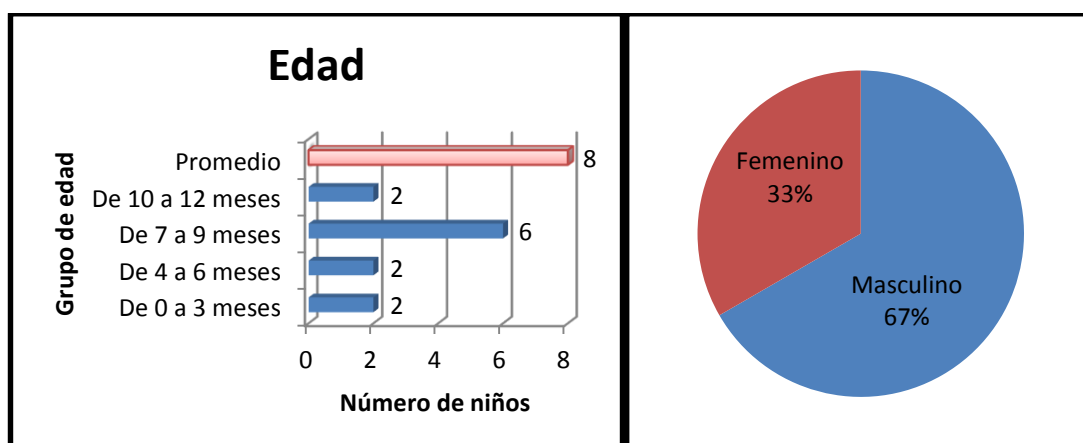
**Tabla N° 1 Edad - Genero**

Edad en meses	Frecuencia	Porcentaje	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje
0-3	2	17%	1	8.3 %	1	8.3 %
4-6	2	17%	2	16.6 %	0	0
7-9	6	50%	4	33.3 %	2	16.6 %
10-12	2	17%	1	8.3 %	1	8.3 %
Total		100%		67 %		33%

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 1 Edad - Genero**



Análisis: La población estudiada se encuentra en edades comprendidas entre los 3 a 12 meses, representando el 50% los niños de 7 a 9 meses, y en 17 % los otros grupos de edad establecidos de acuerdo al cuadro, con un promedio de 8 meses de edad, con porcentaje mayor de sexo masculino con un 67% y femenino el 33%. El Ministerio de Inclusión Económica y Social promueve la atención de niños y niñas menores de 3 años con el propósito de mejorar la calidad de los servicios de atención infantil, tomando en cuenta que solo el 20% de niños menores de un año acuden a ciertos Centros del Buen Vivir (34) .

En un estudio similar realizado por Hernández C en los Centros del Buen Vivir de la ciudad de San Gabriel el número total de la muestra fue de 62 niños correspondiendo

a un 56% de sexo masculino y un 44% de sexo femenino, en donde no existió una diferencia marcada en relación al sexo de los niños evaluados (35)

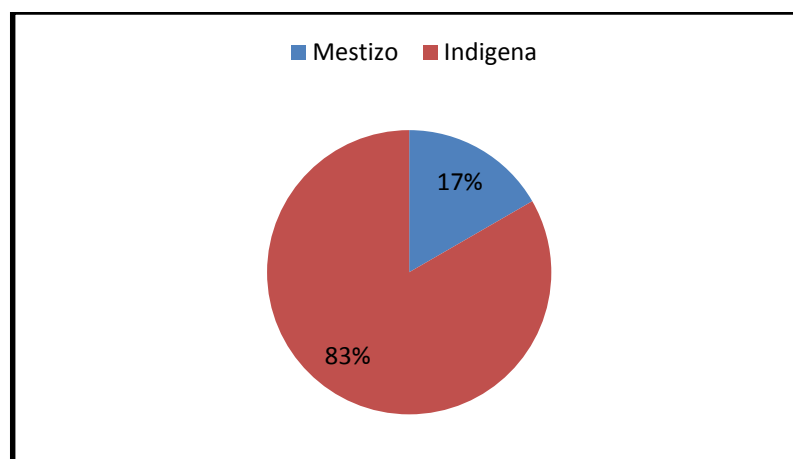
**Tabla N° 2 Etnia**

Edad en meses	Mestizo	Porcentaje	Indígena	Porcentaje
0-3			2	16.6%
4-6	1	8.3 %	1	8.3%
7-9	1	8.3 %	5	41.6%
10-12			2	16.6%
Total	2	17 %	10	83 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 2 Etnia**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis: La mayoría de las personas del estudio a través de sus padres, siendo una población originaria del oriente ecuatoriano se auto identificaron el 83% como indígenas y el 17% como mestizos. Según datos del INEC realizados en la provincia del Napo en el año 2010 menciona que el 56.6% de la población se identifican como indígena y el 38 % como mestiza dando un porcentaje de mayor prevalencia la etnia indígena (36)

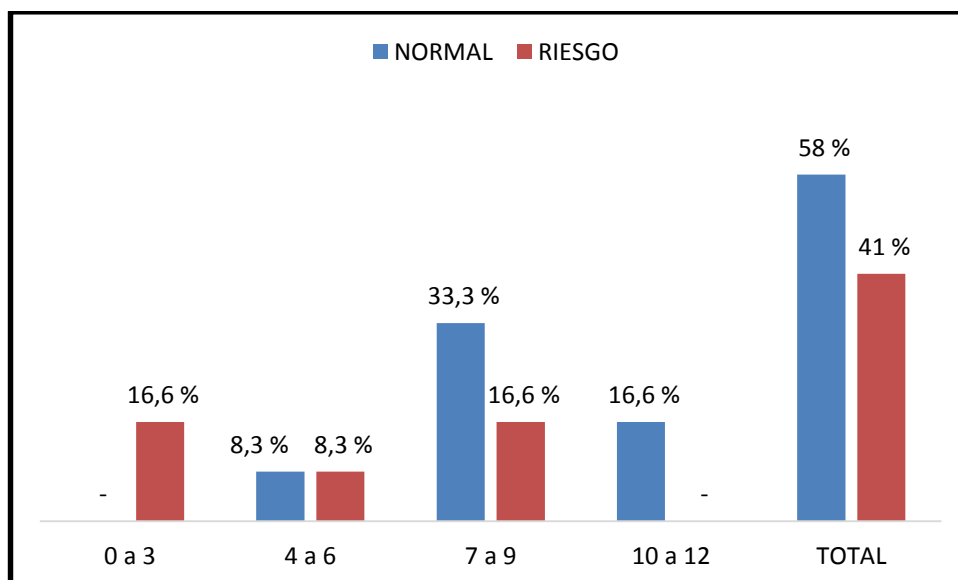
**Tabla N° 3 Desarrollo psicomotor**

	NORMAL	RIESGO	RETRASO
<b>0 a 3</b>	-	16,6 %	0 %
<b>4 a 6</b>	8,3 %	8,3 %	0 %
<b>7 a 9</b>	33,3 %	16,6 %	0 %
<b>10 a 12</b>	16,6 %	-	-
<b>TOTAL</b>	58 %	42 %	0 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 3 Desarrollo psicomotor**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis.- El coeficiente de desarrollo obtenido según la escala EEDP muestra que el 58 % de los niños tienen desarrollo psicomotriz normal, mientras el 42 % presentan riesgo en su desarrollo en los niños de 0 a 9 meses. Un estudio similar realizado por Cristina Calderón Nutricionista Dietista realizado en Quislaq Chico ubicado en la Provincia de Chimborazo en el año 2014 utilizando la escala abreviada de Nelson Ortiz para la evaluación del desarrollo psicomotor, encontró que la mayoría de los niños de 0 a 3 años se enmarcaba en la categoría de normalidad (39)

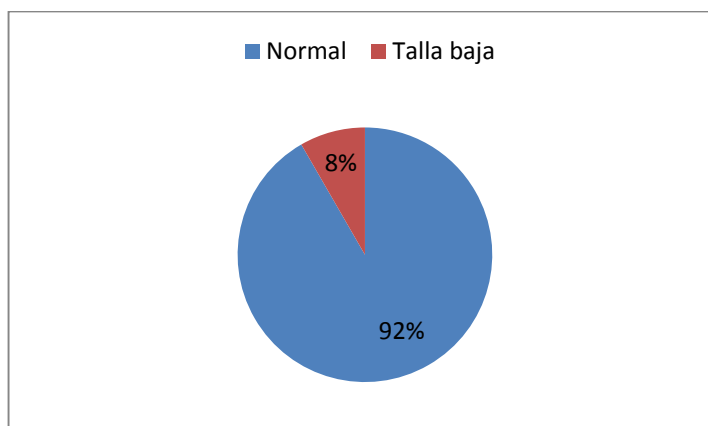
**Tabla N° 4 Talla**

Edad en meses	Normal	Porcentaje	Talla baja	Porcentaje
0-3	1	8.3 %	1	8%
4-6	2	17 %		
7-9	6	50 %		
10-12	2	17 %		
Total		92 %		8 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 4 Talla**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis: Los datos obtenidos mediante la aplicación de los patrones de crecimiento del Ministerio de Salud Pública (MSP) nos indica que el 92% de los niños presentan una talla normal y el 8% tienen talla baja. Un estudio realizado por ENSANUT-ECU en el año 2011-2013 indica que las alteraciones en el crecimiento en los primeros meses de vida son del 9% atribuyendo a que los indígenas son uno de los grupos con las condiciones de vida más pobres en el Ecuador en comparación para los otros grupos étnicos (37)

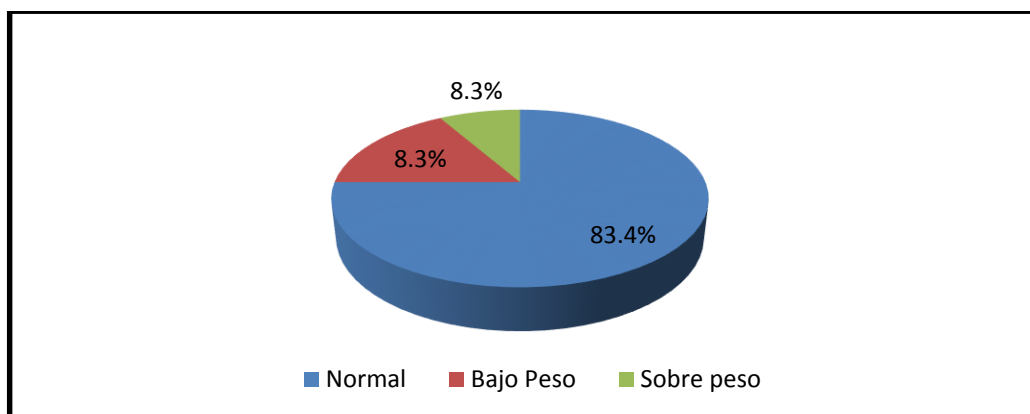
**Tabla N° 5 Peso**

Edad en meses	Normal	Porcentaje	Bajo peso	Porcentaje	Sobre peso	Porcentaje
0-3	2	16.6 %				
4-6	1	8.3 %	1	8.3 %		
7-9	6	50 %				
10-12	1	8.3 %			1	8.3 %
Total		83.4 %		8.3 %		8.3 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 5 Peso**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis.- De los niños estudiados el 83.4% de la población tienen un peso normal, el 8.3% presentan sobrepeso y el 8.3 % tienen bajo peso; ya que sumando los niños que tienen alteraciones de peso, el 17% tienen problemas de malnutrición. Según datos obtenidos por la UNICEF nos indica que el 26% de la población presentan desnutrición y más de dos tercios de los niños menores de 5 años tienen sobrepeso tomando en cuenta que son familias de ingresos económicos bajos y medios, e indica que la mala nutrición pone en riesgo de muerte y enfermedad en los niños (38)

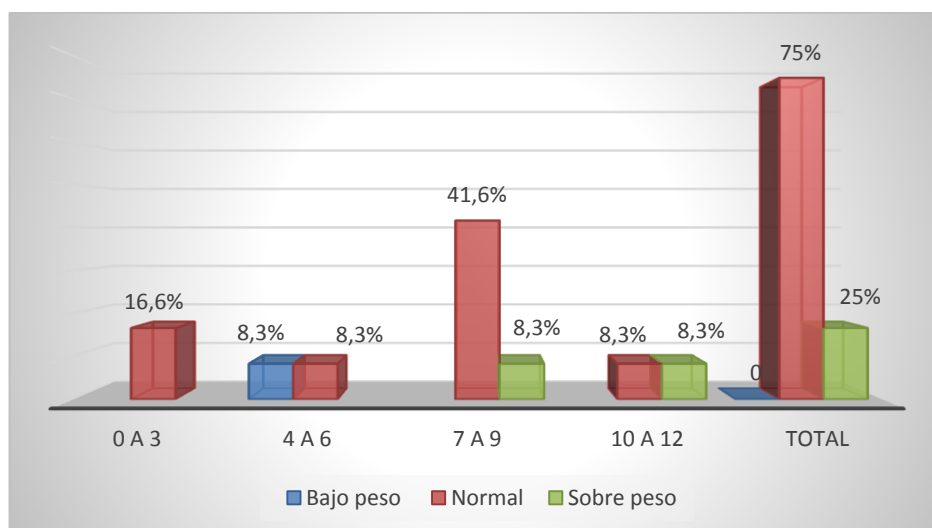
**Tabla N° 6 Estado nutricional con relación al percentil peso y talla**

Edad en meses	Bajo peso	Normal	Sobre peso
0 a 3	-	16,6%	-
4 a 6	8,3%	8,3%	-
7 a 9	-	41,6 %	8,3 %
10 a 12	0	8,3 %	8,3 %
<b>Total</b>	8.3 %	74.8%	16.6 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 6 Estado nutricional con relación al percentil peso y talla**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis.- Con relación al percentil del peso y talla de acuerdo a la edad se pudo determinar que el 75 % de los niños tienen estado nutricional normal, mientras el 25% tienen alteraciones representadas con: el 17 % por sobre peso y el 8 % bajo peso. Un estudio realizado por ENSANUT –ECU realizado en el año 2011 determinó que las alteraciones en el estado nutricional del niño dependen de varios factores como la interrupción de la lactancia materna, alimentación complementaria inadecuada, así como también falta de estimulación en el hogar determinando así que el 22.7% de la población de la Amazonia pueden presentar problemas de mal nutrición (37).

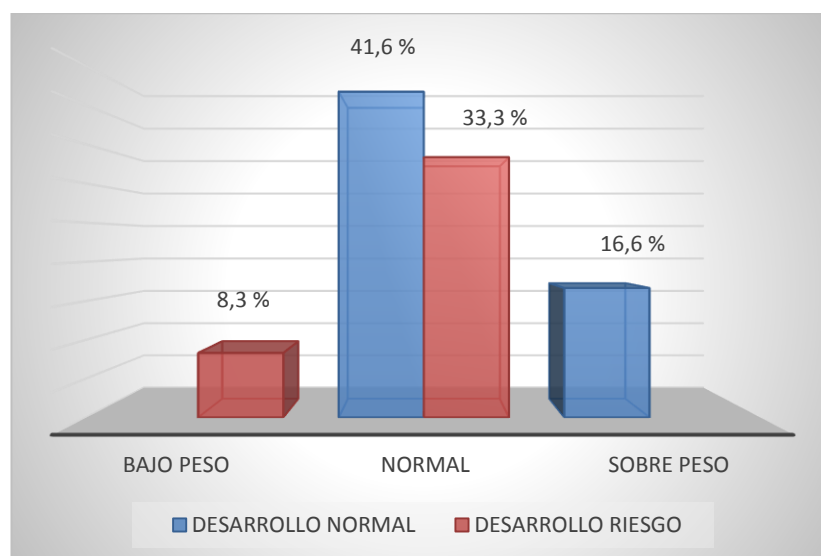
**Tabla N° 7 Desarrollo psicomotor y estado nutricional**

Desarrollo psicomotor	Bajo peso	Normal	Sobre peso
<b>NORMAL</b>	-	41,6 %	16,6 %
<b>RIESGO</b>	8,3 %	33,3 %	-
<b>TOTAL</b>	1	9	2

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 7 Desarrollo psicomotor y estado nutricional**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis.-Mediante la aplicación de los patrones de crecimiento del Ministerio de Salud Pública (MSP) se determinó alteraciones realizando la asociación del desarrollo psicomotor con el estado nutricional; obteniendo como resultado que el 33% de los niños que tienen estado nutricional normal presentan alteración en su desarrollo psicomotor y en los niños de bajo peso el 8.3% de riesgo. Un estudio realizado en el Centro de Educación Inicial Muñequitas de Lumbisi en el año 2013 a niños menores de 3 años se estableció que existe una relación positiva muy débil de 20% con relación al estado nutricional y el desarrollo psicomotor (40).



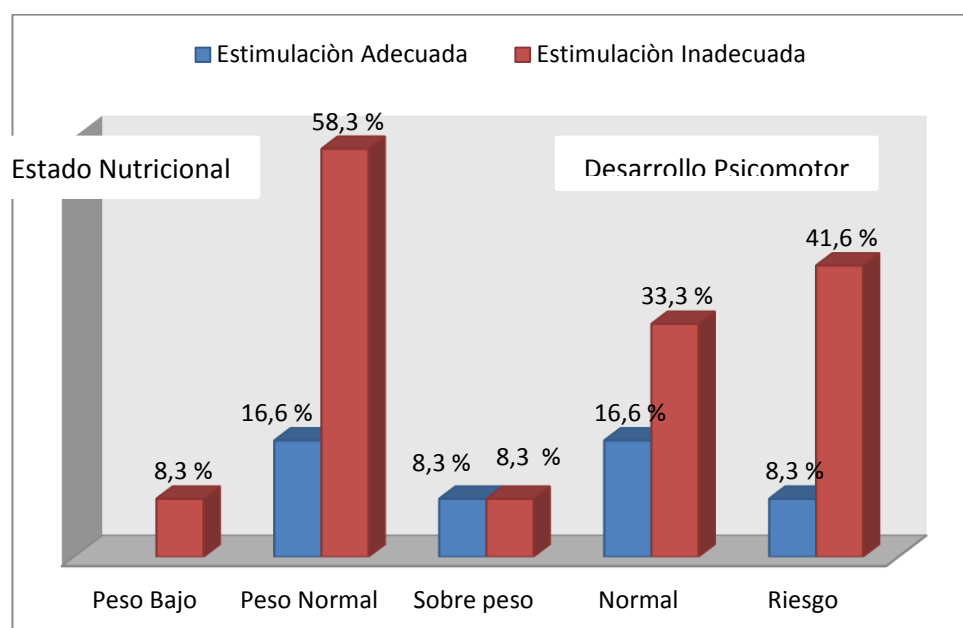
**Tabla N° 8 Tipo de estimulación psicomotriz relacionada con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor**

	Estimulación Adecuada	Estimulación Inadecuada		Estimulación Adecuada	Estimulación Inadecuada
Peso Bajo		8,3 %			
Peso Normal	16,6 %	58,3 %	Desarrollo psicomotor Normal	16,6%	33,3 %
Sobre peso	8,3 %	8,3 %	Desarrollo psicomotor Riesgo	8,3 %	41,6 %

**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

**Gráfico N° 8 Tipo de estimulación psicomotriz relacionada con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor**



**Fuente:** Base de Datos

**Elaborado por:** Sandra Lorena López Reyes

Análisis. En los niños sujetos de estudio se encontró que el 58,3% de los niños que tienen estado nutricional normal y el 8,3% de bajo peso no reciben una estimulación psicomotriz adecuada; además se encontró que los niños con desarrollo psicomotor normal y de riesgo también presentaron estimulación psicomotora inadecuada. En una encuesta realizada en el Centro infantil del Buen Vivir Madre Teresa Duvignau

Del Barrio Santa Rosa, de la Provincia Santo Domingo de los Tsáchilas en el año 2013 se determinó que existe poca utilización de materiales lúdicos y adecuados según la edad de los niños lo que ocasiona una deficiencia para desarrollar las destrezas psicomotrices necesarias, además de la falta de preparación por parte de las promotoras o educadoras así como también de programas de estimulación temprana o la difusión de los mismos que repercuten en el desarrollo psicomotriz de los niños (41)

#### **4.1. Conclusiones**

Este estudio se realizó en un centro infantil del Buen Vivir del Cantón Archidona en niños menores de un año, que tiene más hombres que mujeres, y la mayor parte son indígenas.

El coeficiente de desarrollo psicomotor nos determinó que el 58 % de los niños tienen desarrollo normal, y el 42 % presentan riesgo en su desarrollo.

Según la valoración nutricional el 92% de los niños presentan talla normal y el 8% tienen talla baja; mientras que el 17% tienen problemas de malnutrición.

En los niños sujetos de estudio se encontró que el 58,3% de los niños que tienen estado nutricional normal y el 8,3% de bajo peso no reciben una estimulación psicomotriz adecuada; además se encontró que los niños con desarrollo psicomotor normal y de riesgo también presentaron estimulación psicomotora inadecuada

La estimulación psicomotriz inadecuada realizada por parte del cuidador formal, ha influido en el nivel de desarrollo psicomotor de los niños presentando riesgo.

## **4.2. Recomendaciones**

Se recomienda al MIES educar al personal que trabaja en los Centros del Buen Vivir que cuidan a los niños sobre la estimulación temprana y la importancia de realizar ejercicios que estimulen el mejor desempeño psicomotor.

Es de vital importancia mejorar la alimentación con el fin de equilibrar el estado nutricional de los niños del CIBV Caritas de Ángel ya que con ello mejorará su desarrollo y crecimiento, además de promover la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses y una adecuada alimentación complementaria en los otros niños.

Se debe trabajar en el desarrollo integral del niño con ejercicios que permitan mejorar sus habilidades motoras, sociales, de coordinación y lenguaje que permitan al niño tener un crecimiento y desarrollo adecuado; estas actividades deberían realizarse dentro del centro infantil; así como realizar evaluaciones periódicas y determinar a tiempo su retraso con el fin de que reciban atención oportuna.

Promover la importancia de la relación entre los padres y cuidadores con el fin de que el niño pueda desarrollarse en un ambiente de amor, comprensión y cuidado lleno de las experiencias que le permitan desarrollarse adecuadamente.

En los Centros Infantiles se debe implementar políticas nutricionales y desarrollo psicomotor para garantizar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schonhaut I, Schonstedt M, Álvarez J, Salinas P, Armijo I. Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. Revista Chilena de Pediatría. 2010 Abril; 81(2).
2. Suárez GR, Rodríguez V. Comportamiento del desarrollo sicomotor en el menor de 1 año, en relación con el manejo y funcionamiento familiar. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2000 Noviembre- Diciembre; 16(6).
3. Schonhaut L, Álvarez J, Salinas P. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. Revista chilena de pediatría. 2008 Noviembre; 79(26-31).
4. Fondo de Naciones Unidas. UNICEF. [Online].; 2010 [cited 2015 Agosto 17. Available from: [www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index\\_41853.htm](http://www.unicef.org/spanish/progressforchildren/2007n6/index_41853.htm).
5. Woolfenden S, Eapen V, Williams K, Hayen A, Spencer N, Kemp L. Revisión sistemática de la prevalencia de preocupaciones de los padres medida por la Evaluación de los Padres de la Situación del Desarrollo. BMC Pediatrics. 2014 Septiembre; 14(231).
6. Huiracocha L, Robalino G, S M, Huiracocha T, L J, García A, et al. Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años. MASKANA. 2012 Mayo; 3(1).
7. Vericat A, B A. Revista chilena de pediatría. Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. 2010 Octubre; 81(5).
8. Cerutti A, Canetti A, Schwartzmann ,L. Desarrollo psicomotor y prácticas de pediatría. Centro Interdisciplinario de Infancia y Pobreza. 2012; 1.
9. Vericat A, Orden AB. El desarrollo psicomotor y sus alteraciones: entre lo normal y lo patológico. Ciencia y Salud Colectiva. 2013; 18(10).
10. Ibáñez P, Mudarra MJ, Alfonso C. La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. Educación XX1. 2004;(111-133).
11. Chang RI. Guía desarrollo motor, reflejos y reacciones. EFISIOTERAPIA. 2009 . Abril.
12. Fondo de Naciones Unidas. UNICEF. [Online].; 2008 [cited 2017 Agosto 19. . Available from: <https://www.unicef.es/./calidad-de-vida-y-bienestar-infantil-subjetivo-en-espana-que->.

- 13 Álvarez MJ, Abenia P, Arana T, Galbe J, Garnica B, Morell JJ, et al. Importancia de la vigilancia del desarrollo psicomotor por el pediatra de Atención Primaria: revisión del tema y experiencia de seguimiento en una consulta en Navarra. *Pediatría Atención Primaria*. 2009 Enero/Marzo; 1(11).
- 14 Chávez A, Martínez H, Guarneros N, Allen L, Peltó G. Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida. *Salud Pública de México*. 2000; 40(2).
- 15 Álvarez MJ, Aznar S, Sanchez G. Importancia de la vigilancia del desarrollo. *Revista Pediatría en Atención Primaria*. 2009 Noviembre; 11(65-87).
- 16 Camargos E, Mendes M. La importancia de la psicomotricidad en la educación de los niños. *Revista científica multidisciplinaria base de conocimiento*. 2016 Octubre- Noviembre; 9( 254-275).
- 17 Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento Ginebra. [Online].; 2008 [cited 2017 Agosto Lunes. Available from: [www.who.int/childgrowth/training/es/](http://www.who.int/childgrowth/training/es/).
- 18 Schonhaut L, Armijo I, Millán T, Herreros J, Hernández K, Salgado AM, et al. Comparación de la Evaluación Tradicional del Desarrollo Psicomotor versus una Prueba Autoadministrada. *Revista chilena de pediatría*. 2010 Diciembre; 81(6).
- 19 Carrillo AJ, García L, Cárdenas CM, Díaz IR, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*. 2013 Octubre; 12(32).
- 20 Pedraza A. Pedraza A. Aspecto El equipo pediátrico de Atención primaria: aspectos formativos asistenciales. *Revista Pediatría. Atención Primaria*. 2011; 20(71-80).
- 21 Aguilar MJ. La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012 Abril-Junio; 28(2).
- 22 Leiva V, Gonzáles M. CREACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN LOS CENTROS INFANTILES DE LA ASOCIACIÓN DE ROBLEALTO. *Enfermería Actual en Costa Rica*. 2012 Abril-Septiembre; 22.
- 23 Narbona J, Schlumberger É. Retraso psicomotor. *Asociación Española de Pediatría*. 2008; 11(65-87).
- 24 Romo B, Vallejos S, Vargas G, López A, Buenrostro G. Pruebas de tamizaje de neurodesarrollo global para niños menores de 5 años de edad validadas en Estados Unidos y Latinoamérica: revisión sistemática y análisis comparativo. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2012 Noviembre- Diciembre; 69(6).

- 25 Inclusión Social. MIES. [Online].; 2013 [cited 2017 Septiembre. Available from:  
· [www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/...2013/.../Libro-de-Políticas\\_públicas.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/...2013/.../Libro-de-Políticas_públicas.pdf).
- 26 Méndez M, Estay J, Calzadilla A, Durán S, Díaz V. Comparación del desarrollo  
· psicomotor en preescolares chilenos con. Nutrición Hospitalaria. 2015; 32(151-155).
- 27 López J, Galindo M. Evaluación y manejo del niño con retraso psicomotor.  
· Trastornos generalizados del desarrollo. Pediatría Atención Primaria. 2011  
Noviembre; 1(13).
- 28 GAD Municipal Archidona. Cultura e Identidad. [Online].; 2017 [cited 2017  
· Agosto 12. Available from: [www.archidona.gob.ec/](http://www.archidona.gob.ec/).
- 29 Ministerio de Salud Pública. Código de ética. [Online].; 2014 [cited 2017 Octubre  
· 16. Available from:  
[instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc\\_Codigo\\_Etica.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf).
- 30 Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución Política del Ecuador- Montecristi.  
· [Online].; 2008 [cited 2017 Septiembre 12. Available from:  
[www.inocar.mil.ec/.A\\_Constitucion\\_republica\\_ecuador\\_2008constitucion.p](http://www.inocar.mil.ec/.A_Constitucion_republica_ecuador_2008constitucion.p).
- 31 Ley Orgánica de Salud. Ministerio Coordinador del Desarrollo Social. [Online].;  
· 2012 [cited 2017 Septiembre 18. Available from: [www.todaunavida.gob.ec/wp-content/./SALUD-LEY\\_ORGANICA\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/./SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf).
- 32 Congreso Nacional. Código de la Niñez y la Adolescencia. [Online].; 2014 [cited  
· 2017 Septiembre 4. Available from: [www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html](http://www.igualdad.gob.ec/docman/biblioteca-lotaip/1252--44/file.html).
- 33 Plan Nacional. Objetivos Nacionales del Buen Vivir. [Online].; 2013 [cited 2017  
· Agosto 1. Available from: [www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir](http://www.buenvivir.gob.ec/objetivos-nacionales-para-el-buen-vivir).
- 34 Centros Infantiles del Buen Vivir. Ministerio de Inclusión Económica y Social.  
· [Online].; 2012-2013 [cited 2017 Septiembre 12. Available from:  
[www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/./INFORME-MIESS.pdf](http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/./INFORME-MIESS.pdf).
- 35 Hernández CV, Guerrón JA. “Evaluación del desarrollo psicomotor y  
· adaptabilidad en niños de 1 a 3 años de los Centros del Buen Vivir San Gabriel.  
2012-2013. Trabajo de grado previa a la obtención del título de Licenciada en  
Enfermería.

- 36 Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). Estadística Demográfica en el Ecuador. [Online].; 2010 [cited 2017 Septiembre 13. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Demografia/documentofinal1.pdf>.
- 37 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU. [Online].; 2011-2013 [cited 2017 Agosto 23. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>.
- 38 UNICEF. Encuesta nacional de salud y nutrición. [Online].; 2011-2013 [cited 2017 Septiembre 12. Available from: <https://www.unicef.org/ecuador/esanut-2011-2013.pdf>.
- 39 Calderón CV. Calderón V. Estado de la Seguridad Alimentaria en familias con niños de 2 a 5 años de la comunidad Quislag Chico. 2011. Tesis de grado.
- 40 Valencia C. Relación entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor en los niños que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Ambato. 2010. Trabajo de investigación.
- 41 Zambrano YY. La estimulación temprana y su incidencia en el desarrollo psicomotriz de las niñas y los niños del Centro Infantil del Buen Vivir Madre Teresa Duvignau en la Provincia Santo Domingo de los Tsachilas. 2013. Informe Final del trabajo de Graduación.



# **Anexos**

ENCUESTA PROYECTO ATENCIÓN EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA ZONA 2 ECUADOR <b>NIÑOS</b>															
DATOS GENERALES DEL PACIENTE				FECHA											
APELLIDOS Y NOMBRES							CEDULA DE IDENTIFICACIÓN								
CLASIFICACIÓN		RECIÉN NACIDO__ LACTANTE__ NIÑO__													
FECHA DE NACIMIENTO															
EDAD (MAYORES DE UN AÑO)		EDAD EN MESES (MENORES DE UN AÑO)		1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ 11__ 12__		SEX O		MASCULIN O		FEMENIN O		RAZ A		INDÍGENA__ BLANCO__ MESTIZO__ NEGRO__ OTRO__	
IDIOMA O DIALECTO  ESPAÑOL__ INGLÉS__ KICHWA__ OTRO__ NO HABLA__					NIVEL EDUCACIONAL  NINGUNO__ BÁSICA__ SECUNADARIA__ BACHILLER__					ALERGIA A MEDICAMENTOS  SI__ NO__ CUAL(ES) _____					
ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		SI NO		ENFERMEDAD MALIGNA		SI NO		MAMA__ ESTOMAGO__ HERNIA__ NEUROLOGÍA__ COLON__ BAZO__ TIROIDES__ CADERA__ VESÍCULA__ PULMÓN__ PANCREAS__ ORTOPEDIA__ VIAS BILIARES__ CORAZÓN__ RIÑÓN__ ANGIOLOGÍA__ OTORRINO__			SECUELAS		SI NO		
PESO		TALLA O LONGITUD		IMC		CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL									
PERÍMETRO BRAQUIAL		CIRCUNF. CEFALICA		PERÍMETRO BRAQUIAL											
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES				CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS					HÁBITOS TÓXICOS						

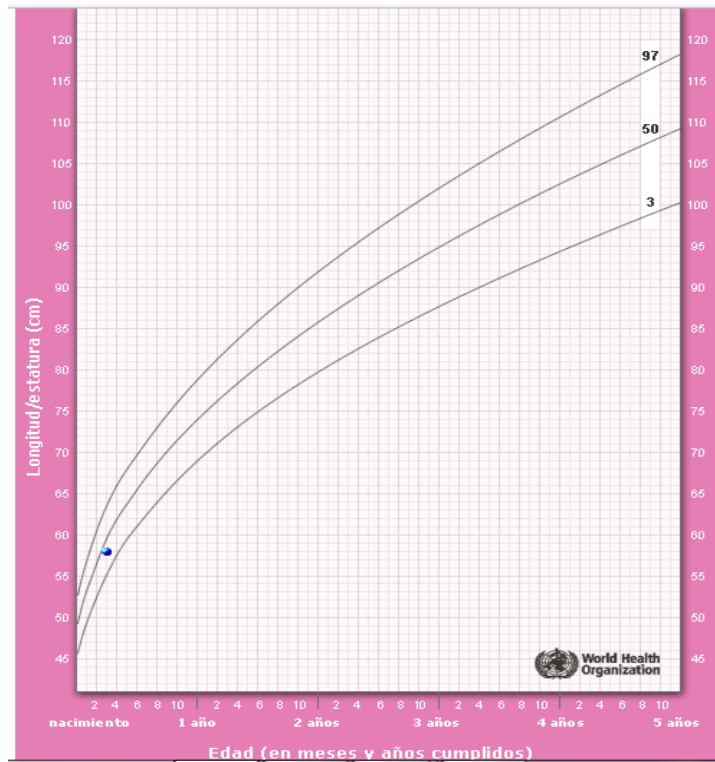
HTA__ CARDIOPATIA__ INSUFICIENCIA CARDIACA__ ANEMIAS__ DIABETES M__ HIPERTIROIDISMO__ HIPOTIROIDISMO__ ASMA BRONQUIAL__ EPOC__ INSUFICIENCIA RENAL__ ETS__(ESPECIFICAR)____ VIH__ ECV__ NEOPLASIAS__(ESPECIFICAR)____ _____ OTRAS_____ _____	TRATAMIENTO SI__ NO__  TIPO DE TRATAMIENTO_____ _____ _____ _____ _____ _____ CONTROLADA SI__ NO__  NUMERO DE CONTROLES MEDICOS EN EL AÑO:_____	CAFÉ -----  ALCOHOL----- OCASIONAL__ DIARIO__ SEMANAL__ SOCIAL__  DROGAS__ _____ OTROS__ _____ _____
---	---	--

MALFORMACIONES	____ Sistema Nervioso    ____ Sistema respiratorio    ____ Cardiovascular    ____ Auditiva    ____ Maxilofaciales____    Sistema Locomotor    ____    Visuales    ____    Sistema Digestivo____ Síndromes (especificar)_____		
DESARROLLO PSICOMOTOR			
1 MES		2 MESES	
(S) Fija la mirada en el rostro del animador		(S) Mímica en respuesta al rostro del examinador	
(L) Reacciona al sonido de la campanilla		(LS) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador	
(M) Aprieta el dedo índice del examinador		(CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador	
(C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)		(M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentada	
(M) Movimiento de cabeza en posición prona		(L) Vocaliza dos sonidos diferentes**	
3 MESES		4 MESES	
(S) Sonríe en respuesta a la sonrisa de un examinador		(C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece	
(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla		(CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla	
(C) Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180°)		(M) En posición prona se levanta a sí mismo	
(M) Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentada		(M) Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada	
(L) Vocalización prolongad **		(LS) Ríe a carcajadas	
5 MESES		6 MESES	
(SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla		(M) Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6
(C) Palpa el borde de la mesa		(C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída	
(C) Intenta prensión de la argolla		(C) Coge la argolla	
(M) Empuja hasta lograr la posición sentada		(C) Coge el cubo	

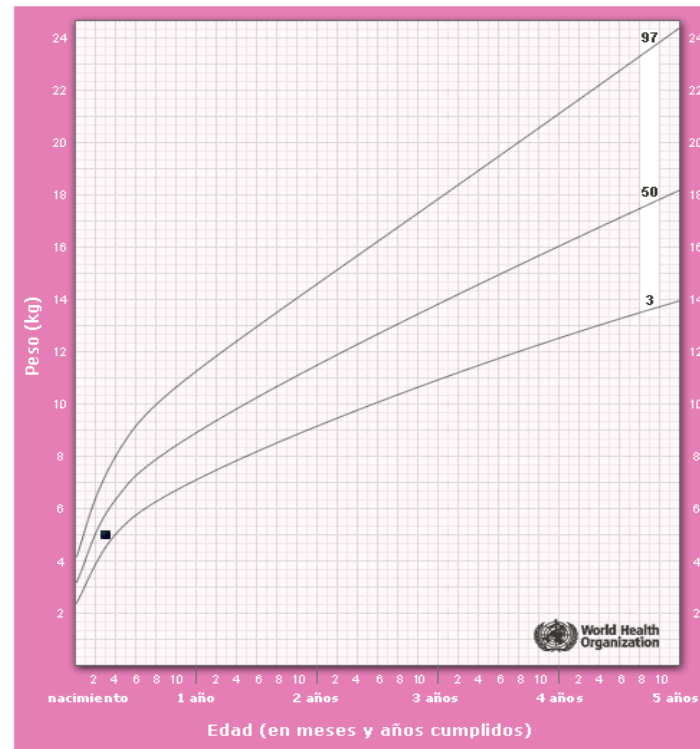
(M) Se mantiene sentado con leve apoyo	(LS) Vocaliza cuando se le habla **
<b>7 MESES</b>	<b>8 MESES</b>
(M) Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más	(M) Se sienta solo y se mantiene erguido
(C) Intenta agarrar la pastilla	(M) Empuja hasta lograr la posición de pie
(L) Escucha selectivamente palabras familiares	(M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos
(S) Cooperar en los juegos	(C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo
(C) Coge dos cubos, uno en cada mano	(L) Dice da-da o equivalente
<b>9 MESES</b>	<b>10 MESES</b>
(M) Se pone de pie con apoyo	(C) Coge la pastilla con pulgar e índice
(M) Realiza movimientos que semejan pasos, sostenido bajo los brazos	(S) Imita gestos simples
(C) Coge la pastilla con participación del pulgar	(C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros
(C) Encuentra el cubo bajo el pañal	(C) Combina cubos en la línea media
(LS) Reacciona a los requerimientos verbales	(SL) Reacciona al “no, no”
<b>1 AÑO</b>	<b>15 MESES</b>
(M) Camina afirmado de una mano	(M) Camina solo
(C) Aplaudir	(C) Introduce la pastilla en la botella
(L) *Dice al menos 2 palabras con sentido	(C) Espontáneamente garabatea
(LS) Entrega como respuesta a una orden	(C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros
	(L) Dice al menos tres palabras **
<b>24 MESES</b>	<b>3 AÑOS</b>
(M) Se para en un pie sin apoyo 1 segundo	(M) Camina 10 pasos llevando un vaso lleno
(C) Desata cordones	(C) Desata cordones
(L) Nombra 2 objetos de los 4 presentados	(L) Nombra animales al menos 5 de 8 (lámina N° 8 TEPSI)
(S) Ayuda en tareas simples	(S) *Juega a la mamá y al papá u otro juego de imitación
<b>* Preguntas a la mamá</b>	<b>M: Motor L: Lenguaje C: Coordinación S: Social LS: Lenguaje Social</b>

Normal: Todos los ítem Positivos. Riesgo: 1 o más ítem negativos. Retraso: todos negativos											
VACUNACIÓN											
MENORES DE UN AÑO	AL NACE R	2 M	4 M	6 M	12 M	15 M	18 M	5 AÑOS	6 AÑOS	9 AÑOS	15 AÑOS
BCG											
H B											
Rotavirus											
TOPV											
Pentavalente (DPT+HB+Hib)*											
Neumococo conjugada											
(DPT)											
Antipoliomielítica											
(SRP1)											
Fiebre Amarilla (FA)											
Varicela											
DT											
(SRP2)											
HPV											
ALIMENTACIÓN											
LAC. MAT. EXCLUSIVA		LACT. MIXTA		NO LACTA		ESPECIFICAR ALIMENTOS					
____ VEGETALES ____ CEREALES ____ LEGUMINOSAS ____ CARNE DE RES ____ CARNE DE CERDO ____ POLLO ____ HUEVO ____ CORDERO ____ CONEJO ____ PESCADO ____ VISCERAS ____ LECHE VACA ____ LECHE CABRA ____ LECHE POLVO ____ FRUTAS ____ CHOCOLATE ____ YOGURT ____ QUESO ____ AGUA HERVIDA ____ AGUA EMBOTELLADA ____ AGUA DEL GRIFO ____ AGUA DE POZO ____ TUBÉRCULOS ____ OTROS											

(ESPECIFICAR)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)



**Fig.1 Encuesta padres de familia**



**Fig. 2 Toma de parámetros perinatales**





**Fig. 3 Actividades recreativas**



**Fig. 4 Niños CIBV 1 año de edad**



**Fig. 5 Niños menores de un año CIBV Caritas de Ángel**